



3 Contexto para el abordaje de COVID-19

3.1 Abordaje normativo de la pandemia de COVID-19

Cuando la Organización Mundial de la Salud declaró el estado de pandemia, los gobiernos de todo el mundo adoptaron medidas orientadas a controlar la expansión del SARSCoV-2. Sin embargo, la amplitud y gravedad de esta crisis sanitaria han puesto de manifiesto determinadas carencias en la regulación contenida en nuestra legislación ordinaria para hacer frente a crisis sanitarias de esta o similar naturaleza.

La *Ley de Salud Pública de 1986* [5], la *Ley General de Salud Pública de 2011* [6], la *Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* [7] y la *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales* [8] no proporcionaron un marco legislativo necesario en toda su amplitud para establecer comportamientos de prevención a nivel nacional, tales como la obligatoriedad del uso de mascarillas, el mantenimiento de la distancia de seguridad y la limitación de los aforos de los distintos establecimientos, entre otras cuestiones. En marzo de 2020, el Gobierno de España empleó la declaración del estado de alarma como recurso excepcional para la adopción de estas y otras medidas a nivel nacional, a través del *Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19* [9].

Posteriormente, el *Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19* acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estableció la **competencia de las Comunidades Autónomas** para la implantación de **acciones preventivas** generales para controlar la propagación de enfermedades transmisibles, así como la ejecución de medidas orientadas al control de los enfermos y de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos. Del mismo modo, se confirmó la potestad de las CC.AA. para adoptar **medidas en casos de riesgo inminente y extraordinario para la salud**, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o de sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales, y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas [10].

Asimismo, el *Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19* fijó el COVID-19 como enfermedad de declaración obligatoria urgente, estableciendo el deber de las CC.AA. de facilitar los datos necesarios para el **seguimiento y la vigilancia epidemiológica del COVID-19**. Además, dictaminó que los sistemas de salud autonómicos son responsables de garantizar un número suficiente de profesionales involucrados en la prevención y control de la enfermedad, su diagnóstico temprano, la atención a los casos y la vigilancia epidemiológica, así como crear planes de contingencia para asegurar una respuesta rápida y coordinada [11].

En este contexto, y en base al resto de sus competencias en materia sanitaria, protección civil, asistencia social y en otras materias relacionadas con la lucha contra la pandemia, las Comunidades Autónomas han desarrollado su propio marco legislativo. En **Canarias**, dicho desarrollo culmina actualmente en el *Decreto-ley 11/2021, de 2 de*

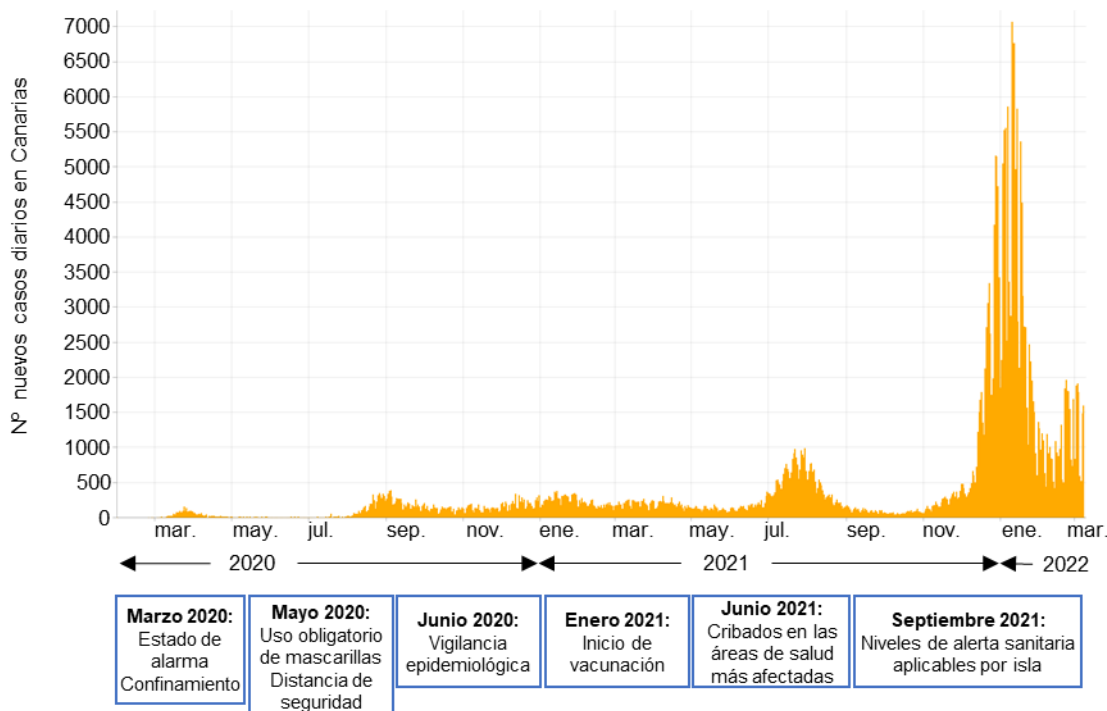


septiembre, por el que se establece el régimen jurídico de alerta sanitaria y las medidas para el control y gestión de la pandemia de COVID-19 en Canarias, que define su **régimen jurídico para la gestión de la pandemia**, estableciendo medidas generales de prevención e higiene, criterios de aislamiento y cuarentena, y procedimientos para la realización de cribados y el rastreo de contagios y contactos. Asimismo, define diferentes **niveles de alerta sanitaria** en función de la evolución de los indicadores de riesgo de expansión de la pandemia en cada isla, así como las medidas aplicables para cada nivel.

3.2 Abordaje de la pandemia desde los servicios de salud

El camino recorrido por las administraciones públicas desde el inicio de la pandemia se ha caracterizado por su complejidad y su urgencia. La evolución de la pandemia se ha distinguido por su carácter cíclico, de modo que cada proceso de desescalada ha sido sucedido por una nueva ola de brotes, en varios casos de nuevas cepas emergentes con mayor transmisibilidad. En este contexto tan complicado, el **Servicio Canario de la Salud** ha continuado adoptando medidas dirigidas a controlar y prevenir situaciones de riesgo, desarrollar sistemas de seguimiento y vigilancia de la epidemia y reforzar los servicios asistenciales y de salud pública, a medida que se avanzaba en el proceso de vacunación de la población (Figura 1).

Figura 1. Evolución de los casos diarios reportados en Canarias y principales medidas adoptadas



Fuente: Servicio Canario de Salud

Nota: La evolución de los casos diarios reportados se ha visto influida por la capacidad de detección, diagnóstico y registro, así como de los procesos y protocolos de actuación.

Sin embargo, las consecuencias de esta situación sobrepasan lo concerniente a la gestión de la propia pandemia. La urgencia por resolver una crisis sanitaria sin precedentes en las últimas décadas ha provocado un alto grado de absorción de los



recursos públicos humanos, materiales y económicos de los que disponen las administraciones públicas, dando lugar a una ralentización en el abordaje de la atención de otras cuestiones que también provocan inquietud y sufrimiento en la sociedad. Evidentemente, este impacto ha sido especialmente significativo en el ámbito sanitario, causando sensación de abandono en pacientes que sufren otro tipo de patologías y también entre aquellos que arrastran síntomas tras contagiarse de COVID-19 una vez superado su periodo de infección, los denominados pacientes con COVID persistente.

A 27 de mayo de 2022, se ha alcanzado el **84,3% de pauta completa de vacunación de la población mayor de 12 años en Canarias**, superando ampliamente el porcentaje del 70,0%, que es la cifra establecida como idónea para alcanzar la llamada inmunidad de grupo que pueda frenar la propagación del virus y propiciar el regreso definitivo a la denominada nueva normalidad [12]. Además, a 31 de mayo de 2022 se ha producido una significativa **disminución de las tasas de mortalidad**, con valores en torno al 0,50% de los casos confirmados, y de la **tasa de ocupación por casos de COVID-19 de camas de hospitalización** (10% aprox.) y **camas de UCI** (1% aprox.) [13].

Por tanto, y a pesar de que aún no puede predecirse el final definitivo de la pandemia, los sistemas de salud ya se encuentran en disposición de afrontar el desarrollo de **modelos de abordaje y atención** que sienten las bases de un **servicio sanitario coordinado y multidisciplinar a los pacientes con COVID persistente**, en línea con las iniciativas que recientemente han comenzado a desarrollarse en algunas Comunidades Autónomas como Aragón, que ha aprobado su *Proceso Asistencial para la Atención Integral a las Personas con Condición Post Covid-19 en el Ámbito de la Atención Primaria y Criterios para su derivación a la Atención Hospitalaria* [14] o Castilla y León, cuyo *Proceso Asistencial Integrado para las personas afectadas por SARS-CoV-2* incluye en su alcance el seguimiento a los pacientes con síntomas una vez superada su infección [15].