

El TSJ de Aragón confirma la sentencia que condenaba a la Diputación por no dotar de EPIs a los sanitarios de Teruel

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Aragón desestima el recurso presentado por el Servicio Aragonés de Salud (SAS), el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), y la Diputación General de Aragón y confirma la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social de Teruel.

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ARAGÓN

SALA SOCIAL

SENTENCIA

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Aragón, en pleno compuesta por los Sres/a. indicados al margen y presidida por la primera de ellos, pronuncia en nombre del REY esta sentencia:

En el recurso de suplicación núm. 353 de 2020 (Autos núm. 114/2020), interpuesto por las partes demandadas SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES y DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social de Teruel de fecha 3 de junio de 2020, siendo demandante SINDICATO FASAMET, siendo parte el Ministerio Fiscal en materia de conflicto colectivo. Ha sido ponente el Ilmo. Sr. D. JOSÉ-ENRIQUE MORA MATEO.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Según consta en autos, se presentó demanda por SINDICATO FASAMET, contra SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES y DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN, en materia de conflicto colectivo, y en su día se celebró el acto de la vista, habiéndose dictado sentencia por el Juzgado de lo Social Único de Teruel, de fecha 3 de junio de 2020, siendo el fallo del tenor literal siguiente:

“QUE acomodando el procedimiento a la modalidad procesal de CONFLICTO COLECTIVO, y desestimando las excepciones de falta de competencia objetiva y territorial, falta de litisconsorcio pasivo necesario y falta de jurisdicción, DEBO ESTIMAR Y ESTIMO LA DEMANDA interpuesta por el Sindicato FASAMET frente al SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD (SAS), el INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES (IASS), y frente a la Administración territorial matriz, la DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN (DGA), y en consecuencia:

1.- DECLARO que las Administraciones empleadoras demandadas han vulnerado los derechos de los trabajadores/empleados públicos (funcionarios, personal estatutario y personal laboral, del Grupo de clasificación A, Subgrupos A1 y A2) de la provincia de Teruel, en materia de prevención de riesgos laborales, poniendo en riesgo grave su vida, integridad física y salud, y lesionando su derecho a la integridad física y a la protección de la salud.

2.- CONDENO a las Administraciones empleadoras demandadas al restablecimiento de los derechos vulnerados, y a proporcionar a los empleados públicos sanitarios del Grupo de clasificación A, en todos los centros sanitarios, unidades sanitarias, centros sociosanitarios o sociales, públicos, concertados y privados intervenidos, dirigidos o coordinados, de la provincia de Teruel, los equipos de protección

individual adecuados por riesgos de exposición ante el agente biológico virus SARS-CoV-2 y el riesgo de contagio o infección desarrollando la enfermedad Covid-19, en el momento que disponga de ellos, consistentes en:

- protección respiratoria (“mascarillas”) con eficacia de filtración FFP2 o FFP3;
- protección ocular anti-salpicaduras, o de montura integral o un protector facial completo;
- guantes;
- gorros;
- calzas específicas;
- hidrogel o hidroalcohol biocida; y, - contenedores de residuos, de diversos tamaños; y a reponerlos cuando sea necesario, previa evaluación individual del riesgo”.

SEGUNDO.- En la citada sentencia y como hechos probados se declararon los del tenor literal:

“PRIMERO.- El sindicato FASAMET, defiende los derechos e intereses del personal funcionario, estatutario y laboral, del Grupo de clasificación profesional A, Subgrupos A1 y A2, con predominio en el ámbito sanitario (profesiones sanitarias) que prestan servicios asistenciales y no asistenciales en centros sanitarios (centros de salud, centros de especialidades, hospitales, unidades móviles del 061-Aragón), sociosanitarios, sociales y en el ámbito de unidades administrativas de Salud Pública, y en unidades y centros de Servicios Sociales (Residencias de mayores), dependientes del Servicio Aragonés de Salud, del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, y dependientes de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, según los casos y naturaleza, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón, que comprende el ámbito territorial de la provincia de Teruel. (Estatutos: doc. 2 aportado por la actora).

SEGUNDO.- En fecha 9 de marzo de 2020, los sindicatos médicos de Aragón, entre ellos, FASAMET, informaban a la Consejera de Sanidad de que no disponía de material necesario de EPIS: “batas impermeables, calzas, mascarillas, desechables FFP2, protectores oculares de montura integral (gafas o pantallas) y guantes para exposición del virus” y se solicitaba su aportación. (Doc. 4 acompañado a la demanda).

En fecha 30 de marzo de 2020 se solicitó por FASAMET la adopción de medidas cautelarísimas, “inaudita parte”, incoándose la pieza con número 109/2020, de medidas cautelares previas, dictándose Auto el 30 de marzo de 2020 (Auto 26/2020), acogiendo las medidas interesadas. Frente a éste se interpuso recurso de reposición por las demandadas el 1 de abril de 2020 que se impugnó por el sindicato el 8 de abril de 2020, dictándose Auto el 13 de abril por el que se mantuvieron las medidas cautelares, aunque moduladas respecto al ámbito subjetivo y al tiempo o modo de ejecución por las Administraciones empleadoras. (Hecho no controvertido; pieza de medidas cautelares 109/2020).

TERCERO.- La cronología de la actuación de la OMS en relación con el virus COVID-19, más relevante, ha sido la siguiente:

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notifica un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad.

Posteriormente se determina que están causados por un nuevo coronavirus.

El 1 de enero de 2020, la OMS establece el correspondiente Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes en los tres niveles de la Organización -la Sede, las sedes regionales y los países- y pone así a la Organización en estado de emergencia para abordar el brote.

El 4 de enero de 2020, la OMS informa en las redes sociales de la existencia de un conglomerado de casos de neumonía -sin fallecimientos- en Wuhan (provincia de Hubei).

El 5 de enero de 2020, la OMS publica su primer parte sobre brotes epidémicos relativo al nuevo virus, una publicación técnica de referencia para la comunidad mundial de investigación y salud pública y los medios de comunicación. El parte contiene una evaluación del riesgo y una serie de recomendaciones, así como la información proporcionada por China a la Organización sobre la situación de los pacientes y la respuesta de salud pública ante el conglomerado de casos de neumonía de Wuhan.

El 10 de enero de 2020, la OMS publica en línea, un amplio conjunto de orientaciones técnicas con recomendaciones para todos los países sobre el modo de detectar casos, realizar pruebas de laboratorio y gestionar los posibles casos. Las orientaciones se basan en los conocimientos sobre el virus que existen en ese momento. Las orientaciones se remiten a los directores regionales de la OMS para emergencias a fin de que las distribuyan entre los representantes de la OMS en los países. Tomando como base la experiencia con el SARS y el MERS, así como las vías de transmisión conocidas de los virus respiratorios, se publican “orientaciones sobre la prevención y el control de infecciones destinadas a proteger a los profesionales sanitarios, en las que se recomienda adoptar precauciones contra la transmisión por gotículas y por contacto al atender a los pacientes, así como precauciones contra la transmisión aérea en las intervenciones asociadas a la generación de aerosoles”.

El 12 de enero de 2020, China hace pública la secuencia genética del virus causante de la COVID-19.

El 13 de enero de 2020, se confirma oficialmente un caso de COVID-19 en Tailandia, el primero registrado fuera de China. Se realiza la siguiente declaración: “La Organización Mundial de la Salud (OMS) está trabajando con funcionarios tailandeses y chinos tras haberse emitido informes que confirman la infección de una persona en Tailandia por el nuevo coronavirus. (...) La detección de casos en otros países no es un suceso inesperado y confirma la importancia del control y la preparación activos en otros países, como recomienda la OMS, que ha publicado orientaciones sobre el modo de detectar y tratar a las personas que se enfermen por el nuevo virus. (...)” El 14 de enero de 2020, la responsable técnica de la OMS para la respuesta, señala en una conferencia de prensa que se ha producido una transmisión limitada del coronavirus entre seres humanos (en los 41 casos confirmados), fundamentalmente a través de familiares, y que existe el riesgo de un posible brote más amplio. La responsable técnica observa que “una transmisión entre seres humanos no sería sorprendente habida cuenta de nuestra experiencia con los patógenos causantes del SARS, el MERS y otras enfermedades respiratorias”.

El 22 de enero de 2020, la misión de la OMS a China emite una declaración en la que se afirma que se ha demostrado la transmisión entre seres humanos en Wuhan, si bien se necesitan más investigaciones para comprender plenamente la magnitud de esta transmisión. Ese mismo 22 de enero de 2020, el Comité de Emergencia convocado por el Director General de la OMS, se reunió para tratar sobre el brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) en la República Popular China y los casos importados en la República de Corea, el Japón, Tailandia y Singapur, con el objeto de evaluar si el brote constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional. En ese momento se dictaminó que la situación no constituía una ESPII (emergencia de salud pública de importancia internacional) pero los miembros del Comité acordaron recomendar que, habida cuenta de la urgencia de la situación, se los convocara de nuevo en unos días para proseguir su examen. Los siguientes datos se consideraron de gran importancia: “El virus se está

transmitiendo entre personas; de acuerdo con la estimación inicial, con un ritmo reproductivo básico de 1,4 a 2,5. Se ha registrado transmisión de la infección en un centro de salud. El 25% de los casos confirmados han presentado síntomas graves. Por el momento, no se conoce la fuente de la infección -si bien, muy probablemente, se trate de un reservorio animal- ni el alcance del contagio entre personas.” Entre las recomendaciones a “los demás países” se hace constar: “Es posible que se registren más casos exportados en cualquier país. Por tanto, todos los países deben estar preparados para adoptar medidas de confinamiento, como la vigilancia activa, la detección temprana, el aislamiento y el manejo de los casos, el seguimiento de contactos y la prevención de la propagación del 2019-nCoV, así como para proporcionar a la OMS todos los datos pertinentes”. A la Comunidad internacional se indica: “Nos encontramos ante un coronavirus nuevo. Como hemos podido comprobar en el pasado con coronavirus similares, estos eventos requieren un gran esfuerzo de la comunidad internacional en materia de investigación e intercambio regular de información. Por ello, debe continuar demostrando su solidaridad y su capacidad de cooperación, de conformidad con el artículo 44 del RSI (2005), para prestarse mutuamente apoyo a fin de determinar la fuente de este nuevo virus, conocer el alcance que puede tener la transmisión interpersonal, estar preparados ante la posible aparición de casos importados y llevar a cabo investigaciones para encontrar un tratamiento.” El 25 de enero de 2020 se elabora un documento por la OMS sobre “Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV): orientaciones provisionales”. Entre las precauciones habituales a aplicar a todos los pacientes: “la higiene respiratoria y de manos, la utilización del equipo de protección personal (EPP) adecuado en función de la evaluación del riesgo”. Entre las medidas concretas se encuentran, entre otras: “ofrecer mascarillas médicas a los pacientes presuntamente infectados por el 2019-nCoV que se encuentran en zonas públicas, salas de espera o de cohortes”. Se especifica que “La utilización racional, correcta y coherente del EPP también ayuda a reducir la propagación de agentes patógenos. Para que el uso de ese equipo sea eficaz, es necesario que se suministren unidades de calidad de forma regular, que el personal esté bien formado en su uso, que se lleve a cabo una correcta higiene de manos y que el comportamiento de los profesionales sea especialmente cuidadoso”. Se establecen precauciones relativas al contacto y a las gotículas respiratorias, destacando, aparte de procurar habitaciones individuales, que el personal sanitario “deberá utilizar mascarillas médicas (para conocer las especificaciones, sírvase consultar la referencia 2); • deberá protegerse los ojos (con gafas de seguridad) y la cara (con una pantalla facial) para evitar que se contaminen las mucosas; • también deberá llevar una bata de manga larga limpia y no estéril; • deberá utilizar guantes; • no es necesario que utilice botas, mono y delantal para las tareas rutinarias de cuidados; • después de atender al paciente, el personal sanitario deberá quitarse todo el EPP, deshacerse de él y lavarse las manos siguiendo las directrices de la higiene de manos. Además, deberá utilizar un nuevo EPP para atender a otro paciente”. En relación con las precauciones para evitar el contagio por vía aérea en procedimientos que generan aerosoles se aconseja: “utilizar un respirador de protección contra partículas con un nivel de protección mínimo de N95 (certificado del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo de los Estados Unidos (NIOSH)), de FFP2 (norma de la Unión Europea (UE)) o similar. • utilizar un protector ocular (gafas de seguridad o pantalla facial); • llevar guantes y una bata de manga larga limpia y no estéril. Si la bata no es resistente a fluidos, el personal sanitario deberá utilizar un delantal impermeable para los procedimientos que impliquen grandes volúmenes de líquidos que podrían atravesar la bata; • reducir el número de personas presentes en la sala al mínimo estrictamente necesario para poder prestar una asistencia y un apoyo sanitarios correctos”. (Doc.7 de demandante de medidas cautelares).

El 28 de enero de 2020, una delegación de alto nivel de la OMS encabezada por el Director General viaja a Beijing para reunirse con los dirigentes de China, conocer mejor la respuesta de ese país, y ofrecer la

asistencia técnica que pueda ser necesaria. Durante su estancia en Beijing, el Sr. Tedros acuerda con los dirigentes del Gobierno chino que un equipo internacional de destacados científicos se desplace en misión a China para comprender mejor el contexto y la respuesta general e intercambiar información y experiencias.

En fecha de 29 de enero de 2020 se elaboró por la OMS un documento con la siguiente denominación “Consejos sobre utilización de mascarillas en el entorno comunitario, en la atención domiciliaria y en centros de salud en el contexto del brote de nuevo coronavirus (2019- nCoV)”. Se indica que para personas que no tienen síntomas respiratorios, si bien no es necesario usar mascarillas porque no se ha demostrado que protejan a las personas que no están enfermas, se informa de la posibilidad que se utilicen en algunos países donde se ha instalado esta costumbre. Se recomienda: “evitar las aglomeraciones y no permanecer con frecuencia en espacios cerrados y abarrotados y mantener al menos un metro de distancia de cualquier persona con síntomas respiratorios de infección por 2019-nCoV”. Para personas que sí tienen síntomas respiratorios se aconseja “usar mascarilla” e igualmente en casos de atención domiciliaria. En los centros de salud “si se presentan síntomas respiratorios, se recomienda usar mascarilla en las salas de espera o de priorización, o durante el transporte en el interior del centro; así como en los lugares donde se agrupe a los casos sospechosos o confirmados”. Para los profesionales sanitarios se recomienda usar mascarillas “para entrar en la habitación y durante la atención de casos sospechosos y confirmados y usar mascarillas con filtro de partículas que proporcione a la misma protección que la mascarilla N95, o las mascarillas FFP2 de la UE o equivalente durante los procedimientos que generen aerosoles.” (Doc. 6 de demandante en de medidas cautelares).

El 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencias se reunió para tratar sobre el brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) en la República Popular China y los casos exportados a otros países. El Comité indicó que “está convencido de que todavía es posible interrumpir la propagación del virus, si los países aplican medidas sólidas para detectar pronto la enfermedad, aislar y tratar los casos, hacer seguimiento de los contactos y promover medidas de distanciamiento físico en las relaciones sociales que estén en consonancia con el riesgo. Es importante señalar que mientras la situación siga evolucionando, también lo harán los objetivos estratégicos y las medidas para prevenir y reducir la propagación de la infección. El Comité convino en que ahora el brote cumple los criterios para declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional y propuso que se hagan públicos los siguientes consejos como recomendaciones temporales. El Comité hizo hincapié en que la declaración de ESPII debe entenderse en un espíritu de apoyo y agradecimiento a China, sus habitantes y las medidas que el país ha adoptado en las primeras líneas del brote, con transparencia y, se espera, también con éxito.” () El Director General declaró que “el brote de 2019-nCoV constituye una ESPII aceptó el dictamen del Comité y publicó el presente asesoramiento como recomendaciones temporales en virtud del RSI. () Se espera que se declaren más casos exportados en otros países. Por tanto, todos deben estar preparados para adoptar medidas de contención, como la vigilancia activa, la detección temprana, el aislamiento y el manejo de los casos, el seguimiento de contactos y la prevención de la propagación del 2019- nCoV, y para proporcionar a la OMS todos los datos pertinentes”. El informe de situación de la OMS del 30 de enero señala la existencia de un total de 7.818 casos confirmados en todo el mundo, la mayoría de ellos en China y 82 en otros 18 países. La OMS evalúa el riesgo en China como muy alto y el riesgo mundial como alto.

El 3 de febrero de 2020, la OMS publica el “Plan Estratégico de Preparación y Respuesta de la comunidad internacional para ayudar a los Estados con sistemas de salud más frágiles a protegerse”. En el que se indica que “las medidas de prevención y control son absolutamente esenciales para garantizar que los trabajadores sanitarios estén protegidos”. La OMS considera que “este brote representa un riesgo muy

elevado en China y un riesgo elevado a nivel regional y mundial. En la evaluación de riesgos se tuvieron en cuenta factores como la probabilidad de que el virus se siga propagando, las posibles repercusiones para la salud humana y los distintos niveles de eficacia de las medidas nacionales de preparación y respuesta. Asimismo, en el plan se insta a actuar con rapidez para hacer frente a estos riesgos y prestar el apoyo necesario en determinadas esferas”.

El 5 de febrero de 2020, la OMS emite nota de prensa: “El plan de preparación y respuesta mundial frente al nuevo coronavirus necesita US\$ 675 millones”, se indica: “la OMS considera que este brote representa un riesgo muy elevado en China y un riesgo elevado a nivel regional y mundial. En la evaluación de riesgos se tuvieron en cuenta factores como la probabilidad de que el virus se siga propagando, las posibles repercusiones para la salud humana y los distintos niveles de eficacia de las medidas nacionales de preparación y respuesta. Asimismo, en el plan se insta a actuar con rapidez para hacer frente a estos riesgos y prestar el apoyo necesario en determinadas esfera” El 6 de febrero de 2020 la OMS elabora documento sobre “requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud”, un capítulo lo dedica a “Estimación del uso de equipos de protección personal (EPP) • Los datos presentados en esta recomendación técnica son estimaciones aproximadas y basadas en ejercicios de simulación del uso de EPP en brotes con mecanismos de transmisión semejantes, tales como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por su sigla en inglés) y Síndrome Respiratorio por el coronavirus del Medio Oriente (MERS, por su sigla en inglés). • Se espera un incremento en el número de EPP según la severidad de la enfermedad y el número de PGA por paciente. • Casos sospechosos y confirmados de 2019-nCoV deben de ser aislados en habitaciones individuales adecuadamente ventiladas. Cuando las habitaciones individuales no estén disponibles, los pacientes con sospecha de infección por 2019-nCoV deben de ser agrupados en conjunto (cohorte). • Para cada paciente/día se recomienda: - Batas - 25 unidades - Mascarillas médicas - 25 unidades - Equipo de protección respiratoria (N95, FFP2 o equivalente) - 1 unidad o Guantes, no estériles - 50 unidades o Gafas - protector facial - 1 unidad. Se recoge en una tabla, el uso de equipos de protección personal (EPP) según nivel de atención: “Estas recomendaciones son basadas en la evidencia actual sobre mecanismos de transmisión del 2019-nCoV. Los siguientes niveles de atención que deben de ser considerados son: o Triage; o Toma de muestras para diagnóstico laboratorio; o Caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV que requiere admisión al establecimiento de salud y SIN PGA; o Caso sospechoso o confirmado de 2019-nCoV que requiere admisión al establecimiento de salud y PGA”.

El 24 de febrero de 2020, el Director General de la OMS, D. Tedros Adhanom Ghebreyesus, en una rueda de prensa celebrada para tratar la COVID-19, concluyó que "debemos concentrarnos en contener (el coronavirus), mientras hacemos todo lo que podemos para prepararnos para una potencial pandemia".

En fecha 27 de febrero de 2020, el Director General de la OMS, en una rueda de prensa señaló “este virus no es la gripe. Con las medidas adecuadas puede ser contenido. () Estamos en un momento decisivo. Si actuamos ahora de forma contundente podremos frenar a este coronavirus. Mi consejo es que actuemos rápidamente”. Asimismo, pidió a los ministros de Sanidad de todo el mundo que se hagan unas preguntas para ver si están preparados, como, por ejemplo: “¿Estamos listos para el primer caso? ¿Qué haremos cuando llegue? ¿Tenemos una unidad de aislamiento lista? ¿Tenemos suficiente oxígeno médico, ventiladores y otros equipos vitales? ¿Existe un sistema de información que utilicen todos los centros de salud, y una forma de dar la alerta si hay alguna preocupación? ¿Tienen nuestros profesionales sanitarios la capacitación y el equipo que necesitan para mantenerse seguros? ¿Tenemos las medidas adecuadas en los aeropuertos y los cruces fronterizos para analizar a las personas que están enfermas?”. Según Tedros, estas preguntas, entre otras, "marcarán la diferencia entre un caso y 100 casos en los próximos

días y semanas". () Una vez más, no es momento de temer. Es el momento de tomar medidas ahora para prevenir las infecciones y salvar vidas”.

En fecha 3 de marzo de 2020, se emite comunicado de prensa por la OMS exhortando a la industria y a los gobiernos a que aumenten la producción en un 40% para satisfacer la creciente demanda mundial. La Organización Mundial de la Salud advirtió que “la grave y creciente interrupción del suministro mundial de equipos de protección personal (EPP) -causada por el aumento en la demanda y por las compras, el acaparamiento y el uso indebido de esos productos como consecuencia del pánico- está poniendo vidas en peligro ante el nuevo coronavirus y otras enfermedades infecciosas. Los trabajadores de la atención sanitaria dependen del equipo de protección personal para protegerse a sí mismos y a sus pacientes y evitar infectarse o infectar a otras personas. A pesar de ello, la escasez de suministro (faltan guantes, mascarillas médicas, respiradores, gafas de seguridad, pantallas faciales, batas y delantales) hace que profesionales médicos, de enfermería y otros trabajadores de primera línea estén peligrosamente mal equipados para atender a los pacientes de COVID-19”.

En fecha 7 de marzo de 2020, a la vista de los informes que determinaban que el número de casos confirmados de COVID-19 en todo el mundo ha superado los 100.000, la OMS realizó declaraciones recordando “a todos los países y comunidades que la propagación de este virus puede frenarse considerablemente o incluso revertirse si se aplican medidas firmes de contención y control. China y otros países están demostrando que la propagación del virus se puede frenar y que su impacto se puede reducir a través de una serie de medidas universalmente aplicables que suponen, entre otras cosas, la colaboración del conjunto de la sociedad para detectar a las personas enfermas, llevarlas a los centros de atención, hacer un seguimiento de los contactos, preparar a los hospitales y las clínicas para gestionar el aumento de pacientes y capacitar a los trabajadores de la salud. La OMS hizo un llamamiento a todos los países para que persistan en unos esfuerzos que han sido eficaces para limitar el número de casos y frenar la propagación del virus. Todos los esfuerzos que se hacen para contener el virus y frenar la propagación sirven para salvar vidas. Estos esfuerzos dan a los sistemas de salud y a la sociedad en su conjunto un tiempo muy necesario para avanzar en su preparación, y a los investigadores más tiempo para encontrar tratamientos eficaces y desarrollar vacunas. ()” El 11 de marzo de 2020, el Director General de la OMS en una rueda de prensa celebrada para tratar la COVID-19, declaró: “Desde la OMS hemos llevado a cabo una evaluación permanente de este brote y estamos profundamente preocupados tanto por los alarmantes niveles de propagación y gravedad, como por los alarmantes niveles de inacción. Por estas razones, hemos llegado a la conclusión de que la COVID-19 puede considerarse una pandemia. “Pandemia” no es una palabra que deba utilizarse a la ligera o de forma imprudente. Es una palabra que, usada de forma inadecuada, puede provocar un miedo irracional o dar pie a la idea injustificada de que la lucha ha terminado, y causar como resultado sufrimientos y muertes innecesarias. () Al mismo tiempo, nunca antes habíamos visto una pandemia que pudiera ser controlada. La OMS ha estado aplicando su máximo nivel de respuesta desde que se notificaron los primeros casos. Y cada día hemos hecho un llamamiento a los países para que adopten medidas urgentes y agresivas. Hemos hecho sonar la alarma de forma alta y clara. () Recuerdo a todos los países que estamos haciendo un llamamiento para que activen y amplíen sus mecanismos de respuesta a emergencias; Informen a sus pueblos sobre los riesgos existentes y sobre la forma de protegerse contra ellos: es tarea de todos; Encuentren, aíslen, sometan a pruebas y pongan en tratamiento todos los casos, y rastreen todos sus contactos; Preparen sus hospitales; Protejan y formen a sus trabajadores sanitarios; Y cuidemos los unos de los otros, porque nos necesitamos. ()”.

El 13 de marzo de 2020, se establece el Fondo de Respuesta Solidaria contra la COVID-19 para recibir donaciones de particulares, empresas e instituciones.

El 18 de marzo de 2020, la OMS y sus asociados ponen en marcha el ensayo “Solidaridad”, un ensayo clínico internacional que tiene por objeto generar datos sólidos de todo el mundo para encontrar los tratamientos más eficaces contra la COVID-19.

El día 20 de marzo de 2020, D.^a María Van Kerkhove, directora técnica del Programa de Emergencias Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en una rueda de prensa virtual sobre el Covid-19 manifestó: “Debemos priorizar el uso de las mascarillas para los trabajadores sanitarios; por favor, no utilicen una mascarilla si no la necesitan y no acumulen mascarillas”. Igualmente, D. Mike Ryan, director ejecutivo del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS indicó; “La mayor tragedia para mí es la perspectiva de perder a parte de nuestros trabajadores sanitarios, que las personas que se ponen en primera línea para cuidar de los más vulnerables se expongan porque no tenemos equipos para protegerlos”.

El 6 de abril de 2020, la OMS elabora un documento sobre el “Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves”.

En fecha 30 de abril de 2020 se celebró la tercera reunión del Comité de Emergencias, convocada por el Director General de la OMS. El Director General declaró que “el brote de COVID-19 sigue constituyendo una ESPII. Aceptó el asesoramiento del Comité a la OMS y lo remitió a los Estados Partes como recomendaciones temporales en virtud del RSI”.

Entre las recomendaciones, en el apartado de “Profesionales de la salud”, se establece:

“Dar prioridad a la protección del personal sanitario mediante el acceso a capacitación y la provisión de equipo de protección personal, las medidas de prevención y control de las infecciones, la mejora de las condiciones de trabajo, la aplicación de las estrategias recomendadas por la OMS para la realización de pruebas, y la prevención de la estigmatización y los ataques a los profesionales de la salud”.

(Informes, declaraciones y notas de prensa de la Pág. web de la OMS; hechos públicos y notorios por noticias de los medios de comunicación).

CUARTO.- A nivel Europeo destacan los siguientes datos:

El Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO), de la Unión Europea (UE), en fecha 13 de febrero de 2020 acordó “vigilar el riesgo de desabastecimiento de medicamentos y equipos importados de China”. (Pág. Web del Consejo Europeo).

El 13 de febrero de 2020, el Ministro de Sanidad, Sr. Illa participó en la reunión del EPSCO, sobre las implicaciones del brote de coronavirus, donde se concluyó pedir a la Comisión Europea que examine formas de facilitar el acceso de los estados miembros a los equipos de protección personal frente al virus. El ministro indicó que “España tiene suficiente suministro de equipos personales de emergencia en este momento” y “se está trabajando para seguir asegurando existencias en caso de una ampliación del brote.” (Pág. Web del Consejo de la UE y hecho público en medio de comunicación).

El día 6 de marzo de 2020, en el Consejo Europeo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores, se determinó que de conformidad con las recomendaciones de la OMS y el asesoramiento del ECDC, los Estados Miembros están dispuestos a:

- Aumentar aún más la conciencia colectiva e individual de la amenaza planteada por COVID-19;

- Desarrollar un enfoque coordinado para la prevención y las buenas prácticas para las personas enfermas y en riesgo, incluidos los grupos vulnerables como los ancianos;
- Establecer medidas de contención coherentes, incluido, cuando sea necesario, asesoramiento basado en pruebas por parte de los Estados miembros a sus propios ciudadanos en relación con los viajes hacia y desde las zonas de riesgo, al tiempo que se mantiene el principio de libertad de circulación en la UE.

Los Estados miembros identifican la necesidad de un control europeo de la disponibilidad y las necesidades de equipos médicos y medicamentos con el objetivo de garantizar la producción, el almacenamiento, la disponibilidad y el uso racional de equipos de protección en la UE. (Pág. Web del Consejo de la UE) QUINTO.- En España destacan los siguientes hitos:

El 23 de enero se elaboró un informe por el Ministerio de Sanidad de seguimiento del Brote de coronavirus denominado: “Actualización n.º 7. Agrupamiento de casos de neumonía por nuevo coronavirus (2019-nCoV) en Wuhan, provincia de Hubei, (China)” con el siguiente contenido relevante: “El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, incluyendo siete casos graves, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan. El inicio de los síntomas fue el 8 de diciembre de 2019: fiebre, tos seca, disnea y hallazgos radiológicos de infiltrados pulmonares bilaterales. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae (que ha sido denominado como nuevo coronavirus, 2019-nCoV), cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero. Desde el día 22 de enero de 2020, según la Comisión Nacional para la salud de la población de la República China, se han notificado 170 casos nuevos en China, incluyendo 8 fallecidos. () Desde el inicio del brote, se han registrado 618 casos confirmados, 610 en China y 8 casos importados, en Tailandia (4), Japón (1), Corea del Sur (1), Taiwán (1) y EEUU (1). Hasta la fecha hay 95 casos en estado grave y se han notificado 17 fallecidos (tasa de letalidad del 2,8 %). Del total de fallecidos con información epidemiológica disponible 10 de 16 casos tenían comorbilidades subyacentes. Entre los casos confirmados, 16 son trabajadores sanitarios. El rango de edad oscila entre 25 y 89 años, 50% son hombres. El inicio de los síntomas ha sido entre el 8 de diciembre de 2019 y el 22 de enero de 2020. La gran mayoría tienen antecedentes de haber estado en Wuhan.

Hasta la fecha, se han detectado 5.897 contactos cercanos, de las cuales 969 han completado el seguimiento y 4.928 todavía continúan bajo vigilancia. Con los datos disponibles hay evidencia de que se ha producido transmisión personapersona. Las infecciones entre personal sanitario apoyan esta transmisión. () Medidas de salud pública adoptadas por la República Popular China. Desde el 22 de enero de 2020 las autoridades Chinas han activado el nivel 2 de respuesta de emergencia de salud pública que incluye medidas como la recomendación a personas sintomáticas de autoaislamiento domiciliario y el suministro de mascarillas para la población. Se ha decidido el cierre total al tráfico público incluyendo todos los vuelos a partir del 23 de enero en Wuhan así como en Huanggang (ciudad cerca de Wuhan). Se ha procedido al cierre de locales de atención al público como cines, cibercafés, centros culturales y turísticos, suspensión de todas las actividades escolares. () Evaluación de riesgo para España. España no dispone de aeropuertos con vuelos con conexión directa a Wuhan y esta ciudad no es un destino turístico frecuente, aunque se prevé en las próximas semanas un incremento de viajeros hacia y procedentes de China por las festividades del Año Nuevo Chino. Además, desde el día de hoy, las autoridades chinas han restringido los vuelos desde la ciudad de Wuhan.

En cualquier caso, no se puede descartar que aparezca algún caso importado en España procedente de la zona de riesgo. Si esto se produjera, la probabilidad de que se produjeran casos secundarios en nuestro país se estima baja en este momento, ya que, con la información disponible, la transmisión persona a persona no es elevada. Las medidas de protección que se aplican en los centros sanitarios son eficaces para evitar la transmisión de este virus. Por todo ello, el impacto para la salud pública, en caso de detectar un caso importado en nuestro país se considera bajo". (Informe por el Ministerio de Sanidad de seguimiento del Brote de coronavirus denominado: "Actualización n.º 7).

Agrupamiento de casos de neumonía por nuevo coronavirus (2019-nCoV) en Wuhan, provincia de Hubei, (China)": pág. web del gobierno) El Ministerio de Sanidad Sr. Illa en ese mismo día afirmaba que: "no se puede descartar que aparezca en España algún caso del nuevo coronavirus (2019-nCoV), originado en Wuhan(China), importado procedente de la zona de riesgo". No obstante, en caso de detectarse, mantiene que el impacto para la salud pública "se considera bajo". "Si esto se produjera, la probabilidad de que se produjeran casos secundarios en nuestro país se estima baja en este momento, ya que, con la información disponible, la transmisión persona a persona no es elevada". "Las medidas de protección que se aplican en los centros sanitarios son eficaces para evitar la transmisión de este virus. (...) España no dispone de aeropuertos con vuelos con conexión directa a Wuhan y esta ciudad no es un destino turístico frecuente, "aunque se prevé en las próximas semanas un incremento de viajeros hacia y procedentes de China por las festividades del Año Nuevo Chino". (Informe de seguimiento semanal de Ministerio de Sanidad de 23 de enero de 2020: pág. web del gobierno).

En fecha 24 de enero de 2020, se redactó por el Ministerio de Sanidad un protocolo denominado: "procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-ncov)" el cual ha estado en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se disponía. En los antecedentes se hace constar: "(...) Desde el inicio del brote hasta el 24 de enero, se habían registrado 842 casos confirmados, 830 en China y 12 casos en otros países: Tailandia (4), Japón (2), Corea del Sur (1), Taiwán (1), Vietnam (2), Singapur (1) y EEUU (1). Entre los casos confirmados, 16 eran trabajadores sanitarios. El rango de edad osciló entre 25 y 89 años, 50% eran hombres; 177 casos están en estado grave y habían fallecido 25 personas (tasa de letalidad del 2,9%). A 23 de enero las autoridades chinas confirmaron la transmisión de persona a persona del 2019-nCoV, en base a cadenas de transmisión de hasta cuatro generaciones de casos en la ciudad de Wuhan y de hasta dos generaciones de casos en otros lugares. El Comité de Emergencia de OMS para el RSI-2005 se reunió por primera vez el 22 y 23 de enero en relación al brote por nuevo coronavirus 2019-nCoV, no considerando por el momento que constituya una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Hasta el momento, se desconoce la fuente de infección y hay incertidumbre respecto a la gravedad y a la capacidad de transmisión. Por similitud con otros coronavirus conocidos se piensa que el 2019-nCoV se transmite principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones infectadas. El periodo de incubación de la enfermedad de los primeros casos se ha estimado entre 2 y 12 días, pero basado en el conocimiento de otros Betacoronavirus, MERS-CoV y SARS-CoV, podría ser de hasta 14 días. 1. Definición de casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-nCoV): Se recomienda investigar infección por el 2019-nCoV, en aquellos casos que cumplan al menos, un criterio epidemiológico y un criterio clínico, que se exponen a continuación. A. Criterios epidemiológicos: A.1 Cualquier persona con historia de viaje a la ciudad de Wuhan, China, en los 14 días previos al inicio de síntomas O A.2 Cualquier persona que esté en contacto estrecho¹ con un caso confirmado por el laboratorio de 2019-nCoV en los 14 días previos a la aparición de síntomas 1 Se define contacto estrecho como: - Cualquier contacto que haya proporcionado cuidados a un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas:

trabajadores sanitarios que no utilizaron las medidas de protección adecuadas, o miembros familiares, o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar; - Cualquier contacto (“ 2 metros) que estuviera en el mismo lugar (ej. convivientes, visitas) que un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas. - Se considera contacto estrecho en un avión a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de casos sintomáticos durante el vuelo y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.” (). Se establece un procedimiento de notificación urgente de casos desde las unidades de salud pública correspondientes en las CCAA, al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad y al Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del ISCIII. Se contienen medidas dirigidas a la prevención y control de la infección, en las que afirman que “Los coronavirus se transmiten principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones infectadas.

También podrían transmitirse por aerosoles en procedimientos terapéuticos que los produzcan. Las precauciones adecuadas para el manejo de los pacientes en investigación o confirmados de infección por 2019-nCoV incluyen las precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas. Se aplicarán precauciones de transmisión aérea siempre que se realicen técnicas que generen aerosoles (7, 8.º)”. Se detallan las recomendaciones mínimas a seguir, destacando los punto d) El personal sanitario que atienda a casos en investigación o confirmados para infección por 2019-nCoV o las personas que entren en la habitación de aislamiento (p. ej familiares, personal de limpieza) deben llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata impermeable, mascarilla quirúrgica, guantes y protección ocular de montura integral (7,8); y e) En los procedimientos médicos que generen aerosoles, que incluyen cualquier procedimiento sobre la vía aérea, como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, o la ventilación manual, se deberán reducir al mínimo el número de personas en la habitación y todos deben llevar: - Una mascarilla de alta eficacia FFP2 o FFP3. - Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo. - Guantes - Batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico). (Procedimiento publicado en al pág. web del Gobierno el 24 de enero de 2020).

En fecha 30 de enero se publica nota de prensa en Pág. web de Gobierno en la que se indica: “Probabilidad moderada de una mayor importación de casos a los países de la UE/EEE. Aunque el epicentro del brote permanece en Wuhan, que informa la mayoría de los casos, el riesgo de infección no se limita a Wuhan sino a cualquier área donde se detecten casos”. Asimismo, se hace constar: “El Ministerio de Sanidad se encuentra en permanente contacto con las Comunidades Autónomas (CCAA), el Centro Nacional de Epidemiología, el Centro Nacional de Microbiología y los organismos internacionales (OMS, Centro de Control de Enfermedades europeo y Comisión Europea), para evaluar los riesgos de la situación y coordinar las medidas de respuesta. En concreto se está realizando: Reunión semanal de la Ponencia de Planes de preparación y respuesta del Consejo Interterritorial. Contacto permanente con los comités o portavoces técnicos de aquellas CCAA que los han nombrado. Audioconferencias periódicas con el Comité de Seguridad Sanitaria de la Unión Europea.” (Nota de prensa en Pág. web de Gobierno).

El 31 de enero de 2020, se detectó en La Gomera, el primer caso de coronavirus COVID-19 en un ciudadano alemán, que estuvo en contacto estrecho con otro caso confirmado en Alemania asociado al agrupamiento de Baviera, tal caso de Alemania fue notificado el 27 de enero de 2019 a la OMS y el día 9 de febrero se confirmó el segundo caso en un residente de Mallorca, que fue contacto de otro caso detectado en Reino Unido, que procede del agrupamiento de Singapur. A partir del 24 de febrero se detectan casos en la península, en la Comunidad de Madrid, Cataluña y Comunidad valenciana. (Página

web del departamento de seguridad nacional; hecho público y notorio) El 31 de enero de 2020 se emite informe de seguimiento del Ministerio de Sanidad denominado: “Valoración de la declaración del brote de nuevo coronavirus 2019 (n-CoV) una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)”, se indica: “El jueves día 30.01.2020 se celebró la segunda reunión del Comité de Emergencias del RSI (2005) convocada por el Director General de la OMS sobre el brote de nuevo coronavirus 2019 (n-CoV) en la República Popular de China, con casos exportados a otros países.

(...)El Comité de Emergencias reconoció que aún existen mucho desconocimiento e incertidumbre acerca del 2019 (n- CoV). Se han notificado casos en cinco regiones de la OMS en un mes y existe evidencia de transmisión persona a persona fuera de Wuhan y de China. Sin embargo, el Comité cree que todavía es posible interrumpir la propagación del virus, siempre que los países adopten medidas firmes para detectar la enfermedad de manera precoz, aislar y tratar casos, hacer seguimiento de contactos y promover medidas de distanciamiento social acordes con el riesgo. Dado que se espera que la situación continúe evolucionando, en el momento actual, por recomendación del Comité, el Director general de la OMS ha declarado el brote de nuevo coronavirus 2019 (nCoV) en la República Popular de China una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Las principales recomendaciones, no difieren de las dadas en la reunión anterior del Comité el 23.01.2020, y son las siguientes: -Tener preparada una vigilancia activa, detección precoz, aislamiento y manejo de casos, y seguimiento de contactos con el objetivo de reducir la infección humana, prevenir la transmisión secundaria y la propagación internacional. - Informar a la OMS de forma continuada y contribuir a la respuesta internacional a través de la comunicación y la colaboración multisectoriales y la participación activa para aumentar el conocimiento sobre el virus y la enfermedad, así como el avance en la investigación. El Comité no recomienda ninguna restricción de viaje o comercio basada en la información actual disponible. La declaración de la ESPII por parte de la OMS no afecta a la evaluación de riesgo existente hasta ahora para nuestro país. Todas las actividades propuestas por la OMS y por el Comité de Emergencias en este momento están en marcha en España y coordinadas con todas las comunidades autónomas. ()” (Pág. web del gobierno).

El 4 de febrero de 2020 se le celebró el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), del que son miembros los Consejeros/as de Sanidad de las Comunidades Autónomas y el Ministro de Sanidad, que lo preside, e igualmente el día 20 del mismo mes y año se llevó a cabo una segunda sesión. En la primera sesión, el ministro de Sanidad, Salvador Illa, tras presidir el Pleno, manifestó la voluntad “del Ministerio y de las comunidades autónomas de seguir trabajando, como hasta ahora, frente al coronavirus de forma coordinada”. Reconoció expresamente: “la colaboración que está recibiendo el Ministerio de las comunidades autónomas”. Y subrayó que “el SNS está preparado para afrontar la situación”, destacando “la fortaleza del sistema público de salud y la cualificación del personal sanitario”. El ministro explicó a los consejeros que el Consejo de Ministros ha aprobado la creación del Comité de Coordinación Interministerial ante la amenaza para la Salud Pública producida por el coronavirus, que unificará la respuesta transversal del Gobierno. (Página Web del Gobierno y prensa nacional).

El 10 de febrero de 2020 se realiza informe técnico denominado: “nuevo coronavirus 2019-ncov”, se establece: “Mecanismo de transmisión humano-humano”. Se afirma que, en relación con “la vía de transmisión entre humanos, se considera similar al descrito para otros coronavirus a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. La transmisión aérea por núcleo de gotitas o aerosoles (capaz de transmitirse a una distancia de más de 2 metros) no ha sido demostrada para el 2019-nCoV. Sin embargo, se cree que esta podría ocurrir durante

la realización de procedimientos médicos invasivos del tracto respiratorio e incluso en ausencia de éstos. Durante el brote de SARS se pudo detectar la presencia del virus en el aire de habitaciones de pacientes hospitalizados. Recientemente se ha publicado una alta transmisión intrahospitalaria (40%) en un hospital Wuhan, sin embargo, ésta incluye casos desde el 1 de enero, cuando el brote estaba en investigación y aún no se había identificado el agente causal. () Periodo de incubación: Según los datos preliminares, el período de incubación más frecuente se ha estimado entre 4 y 7 días con un promedio de 5 días, habiéndose producido un 95% de los casos a los 12,5 días desde la exposición. Sin embargo, en base al conocimiento de otros Betacoronavirus, MERS-CoV y SARSCoV, y con los datos de los casos detectados en Europa en este brote, se considera que podría ser desde los 2 hasta los 14 días. Parámetros relacionados con la transmisión.

El número básico de reproducción (el promedio de casos secundarios producidos a partir un caso) calculado mediante modelización a partir de datos preliminares disponibles se ha estimado entre 2-3. () "Información sobre medidas de salud pública Medidas de prevención individual". Debido a la ausencia de evidencia respecto al mecanismo de transmisión específico del virus, se están considerando la mismas precauciones que para otros coronavirus como el SARS -CoV y el MERS-CoV (precauciones de transmisión por gotas y por contacto) y de infecciones respiratorias agudas en contexto epidémico. Ante la ausencia de evidencia en contra de la transmisión aérea (núcleo de gotitas, "5µm), y dado el contexto actual, al tratarse de un patógeno emergente y por tanto aún no completamente estudiado, se está actuando según el principio de precaución por lo que se contempla la realización de aislamiento aéreo (con mascarillas de alta eficacia), en situaciones o maniobras en las que puedan generarse aerosoles". (Informe técnico: Nuevo coronavirus 2019-nCoV de 10 de febrero 2020: pág. web del gobierno y prensa).

El día 12 de febrero de 2020, el Ministro Sr. Illa, en rueda de prensa declaró: "Nuestro objetivo es garantizar la salud de las personas. En base al seguimiento que realizamos, hoy no hay ninguna razón para tomar ninguna medida de salud pública adicional a las que ya estamos tomando. Si hubiera que tomar alguna decisión urgente, la tomaríamos".

También indicó que "no existen motivos de salud pública para cancelar ninguno de los grandes eventos públicos que se celebran o se prevén celebrar en los próximos días en nuestro país". (Hecho público).

El 20 de febrero de 2020 se elabora por el Ministerio de Sanidad un documento técnico sobre "prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19". Se establece: "Equipo de protección individual (EPI) • El personal que tome las muestras clínicas, atienda o traslade a casos en investigación, probables o confirmados o las personas que entren en la habitación de aislamiento, deberán llevar un equipo de protección individual para prevenir la transmisión de la infección. • En los casos de pacientes menores o pacientes que requieran acompañamiento, el acompañante deberá adoptar las medidas necesarias para su protección mediante la utilización de equipos de protección individual adecuados. • El equipo de protección individual se colocará antes de entrar en la habitación. Una vez utilizado se eliminará dentro de la habitación con excepción de la protección respiratoria que se retirará fuera de la misma. Se realizará una correcta higiene de manos después de 8 retirar el equipo de protección. Los EPI desechables se deben colocar en los contenedores adecuados y deben ser tratados como residuos infecciosos". Entre los EPIS se indican, bata, protección respiratoria, ocular y guantes. (Doc. 9 de demandante de medidas cautelares) El Ministro de Sanidad, D. Salvador Illa, convocó el 25 de febrero de 2020 el Consejo Interterritorial del SNS, con el objetivo de ofrecer la información disponible y coordinar medidas con las comunidades autónomas. El Ministro declaraba: "Es importante coordinarse con las comunidades autónomas y a nivel europeo y reforzar las medidas de sensibilización y detección precoz", ha subrayado el ministro. (Pág. Web del gobierno).

El 2 de marzo de 2020, la AEMPS publicó un acuerdo de iniciación de procedimiento para prohibir la exportación de mascarillas y para solicitar la priorización de centros y servicios sanitarios en la comercialización. (Pág. web de la AEMPS, publicación del 9 de abril de 2020).

El 5 de marzo de 2020 se publica por el Ministerio de Sanidad un documento “procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al nuevo coronavirus (sars-cov- 2)” en el que se establecía: “() el ámbito de aplicación incluye a todos los trabajadores involucrados en trabajos de asistencia sanitaria (comprendidos los desarrollados en aislamiento, traslados, labores de limpieza, eliminación de residuos, etc.), así como los de transportes aéreo, marítimo y ferrocarril de larga distancia o internacional, los colectivos de rescate (bomberos, salvamento marítimo, policía, guardia civil, etc.), atención al público, hostelería, sector servicios, etc.

Dado que el contacto con el virus puede afectar a entornos sanitarios y no sanitarios, corresponde a las empresas evaluar el riesgo de exposición y seguir las recomendaciones que sobre el particular emita el servicio de prevención, siguiendo las pautas y recomendaciones formuladas por las autoridades sanitarias. Cualquier medida de protección debe garantizar que proteja adecuadamente al trabajador de aquellos riesgos para su salud o su seguridad que no puedan evitarse o limitarse suficientemente mediante la utilización de medios de protección colectiva o la adopción de medidas de organización del trabajo. La información y la formación son fundamentales en la protección de las personas en contacto con casos en investigación o confirmados y en aquellos que presentan riesgo de exposición al virus (Tabla 1). Hay que tener presente que la dimensión de la protección va más allá del trabajador e incluye al resto de las personas susceptibles de contacto directo o indirecto con el caso. () Las medidas de protección individual (incluyendo el equipo de protección individual (EPI)), deben ser adecuadas y proporcionales al riesgo o riesgos frente a los que debe ofrecerse protección acorde con la actividad laboral o profesional”. Se contienen unos “escenarios de riesgo de exposición al coronavirus SARSCoV- 2 en el entorno laboral distinguiendo entre:

exposición de riesgo, exposición de bajo riesgo y baja probabilidad de exposición”. Se describen los EPI “que podrían ser necesarios, así como las características o aspectos de los mismos que pueden ser destacables en el entorno laboral que nos ocupa. No se trata de una descripción de todos los EPI que pudieran proteger frente a un riesgo biológico, sino de los indicados en el caso del personal potencialmente expuesto en el manejo de las personas en investigación o confirmados de infección por el coronavirus. La evaluación del riesgo de exposición permitirá precisar la necesidad del tipo de protección más adecuado. Destacan: “Protección respiratoria, guantes y ropa de protección y Protección ocular y facial”. (Pág. web del gobierno).

El 6 de marzo de 2020 se confecciona un nuevo informe técnico publicado por el Ministerio de Sanidad, “Enfermedad por coronavirus, COVID-19”, que actualiza el del 10 de febrero indicando: “Desde el inicio de la epidemia la fecha de este informe se han detectado más de 95.000 casos, de los cuales más de 10.000 se han detectado fuera de China y el número de fallecidos a nivel global asciende a más de 3.300 fallecidos. La emergencia de un virus hasta ahora desconocido hace que las primeras medidas se deban tomar en función del conocimiento científico existente con virus y situaciones similares y el principio de precaución. La evolución de los acontecimientos y el esfuerzo conjunto de la comunidad científica mundial, han generado gran cantidad de información que se irá modificando en función de las nuevas evidencias. Este documento pretende hacer un resumen analítico de la evidencia científica disponible hasta el momento en torno a la epidemiología, características microbiológicas y clínicas del COVID-19. () Desde el inicio de la epidemia hasta el 06.03.2020 se han detectado más de 95.000 casos, de los cuales más de 17.000 se han detectado fuera de China y el número de fallecidos a nivel global asciende a más de 3.300.

() Transmisión comunitaria y en centros sanitarios: En el brote de China la transmisión intrafamiliar fue muy frecuente: en la provincia de Guandong y Sichuan, con 344 agrupaciones de casos estudiados, el 78-85% ocurrieron en familias. En el inicio de la epidemia, se publicó una alta transmisión intrahospitalaria a trabajadores sanitarios de los hospitales de Wuhan (40%), que luego fue descendiendo (2% en la serie de Guan) (25). Hasta el 20.02.2020 en China se habían detectado 2.055 trabajadores sanitarios con infección por SARS-CoV-2 confirmada; 88% de ellos procedían de Hubei. Según las conclusiones de la misión de la OMS en China, una vez se tomaron medidas de protección individual adecuadas, la transmisión a sanitarios descendió drásticamente. Entre los 40.000 trabajadores sanitarios que se enviaron a apoyar a los de Hubei se detectaron pocos casos de infección que fueron atribuidos a transmisión comunitaria. (Informe técnico “Enfermedad por coronavirus, COVID-19” de 6 de marzo de 2020: pág. web del Gobierno).

El 9 de marzo de 2020 se realiza infografía con “recomendaciones para la prevención de la infección por coronavirus covid-19 en los profesionales sanitarios”, se indica entre otras medidas: “usar los EPIS correspondientes cuando se atienda a pacientes con sospecha de coronavirus”. (pág. web del gobierno).

El 11 de marzo se actualiza el “procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (sars-cov-2)”, entre otras cuestiones indica: “El personal sanitario que atienda a casos en investigación, probables o confirmados para infección por SARS-CoV-2 o las personas que entren en la habitación de aislamiento (p. ej familiares, personal de limpieza) deben llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata, mascarilla (quirúrgica o FFP2 si hay disponibilidad y siempre asegurando la existencia de stoks suficientes para las situaciones en las que esté indicado su uso), guantes y protección ocular antisalpicaduras.” (Pág. web del gobierno).

SEXTO.- El 12 de marzo de 2020, entró en vigor el Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, publicado el día 11 en el BOE, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. Su artículo 4 modificó el artículo 4 de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, permitiendo la centralización del suministro de productos sanitarios. (BOE n.º 62, de 11 de marzo de 2020).

En fecha 14 de marzo de 2020 se decreta el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo. (BOE n.º 67, de 14 de marzo de 2020) SÉPTIMO.- Tras la declaración del estado de alarma destacan los siguientes datos:

El 15 de marzo de 2020 se publicó por el Ministerio de Sanidad una “guía de actuación con los profesionales sanitarios en el caso de exposiciones de riesgo a COVID-19 en el ámbito sanitario”. Se incide en la importancia de que todos los profesionales sanitarios apliquen de manera correcta las medidas de protección ante cualquier paciente con síntomas respiratorios con el objetivo de minimizar exposiciones de riesgo. En este sentido, se recomienda que los servicios de Salud Pública de las CCAA insten a sus trabajadores sobre la necesidad de seguir las normas preventivas para reducir el riesgo de transmisión. (Doc.: 8 de demandante en medidas cautelares).

El 17 de marzo de 2020, el Ministerio de Sanidad envió a los profesionales sanitarios un documento 'Medidas excepcionales ante la posible escasez de EPI: estrategias alternativas en situación de crisis' en el que se detalla las posibilidades ante la falta de material y "plantea alternativas y posibles estrategias ante la escasez de equipos de protección individual (EPI) en situación de crisis" para una "aplicación excepcional". El documento admite que, "ante la situación de escasez", los EPI "son tan limitados que ya no es posible aplicar de forma rutinaria las recomendaciones existentes". (Hecho público y notorio: noticias de prensa).

El 17 y el 23 de marzo, y el 17 de abril de 2020 se llevan a cabo distintas actualizaciones del “procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (sars-cov-2)”. (Pág. web del gobierno).

El lunes 23 de marzo de 2020, el Centro de Coordinación de Respuesta de Desastres (EADRCC) registró una petición de las Fuerzas Armadas española de equipamiento médico: “Mascarillas, trajes sanitarios y respiradores. En total, la solicitud asciende a 1,5 millones de mascarillas quirúrgicas, 150.000 trajes de protección y hasta 450.000 respiradores”. (Hecho público y notorio: noticias de prensa).

El 24 de marzo de 2020, el director del Centro de Emergencias y Alertas Sanitarias, D.

Fernando Simón, admitió en rueda de prensa que el contagio de los profesionales sanitarios, que presentan mayor tasa que otros países afectados, se puede deber "en parte" a la escasez de equipos de protección. Ha asegurado que "no se puede negar" que el acceso a los equipos de protección personal, aunque está resultando "suficiente", en "algunos puntos, puede haber momentos críticos en la capacidad" de éstos. Y lo ha justificado en "un problema de acceso al mercado", ya que esos equipos "han sido durante mucho tiempo muy escasos" a nivel global. (Hecho público y notorio: rueda de prensa de 24 de marzo).

El Ministro Sr. Illa, en rueda de prensa de 24 de marzo de 2020 declara: “Nunca ha habido ningún impedimento para que las comunidades autónomas siguieran abasteciéndose de los productos que necesitan para la atención sanitaria, nunca lo hemos impedido. Las circunstancias excepcionales en las que nos encontramos, con un mercado desabastecido y con todo el mundo compitiendo para comprar material ha hecho necesario poner todo el peso y la capacidad del Gobierno para adquirir estos productos”. (Hecho público y notorio).

El 26 de marzo se publicó por el Ministerio de Sanidad el “procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgo laborales frente a la exposición al Sars-Cov-2” en el que, entre otras cuestiones, se establecen distintos escenarios de riesgo: “Exposición de riesgo: aquellas situaciones laborales en las que se puede producir un contacto estrecho con un caso probable o confirmado de infección por el SARS-CoV-2, sintomático.

Exposición de bajo riesgo: aquellas situaciones laborales en las que la relación que se pueda tener con un caso probable o confirmado, no incluye contacto estrecho. Baja probabilidad de exposición: trabajadores que no tienen atención directa al público o, si la tienen, se produce a más de dos metros de distancia, o disponen de medidas de protección colectiva que evitan el contacto (mampara de cristal, separación de cabina de ambulancia, etc.). Por “contacto estrecho” de casos posibles, probables o confirmados se entiende: -Cualquier persona que haya proporcionado cuidados mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar; - Convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar que un caso mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos”. Se determina: Evaluar el riesgo de exposición de los trabajadores al COVID-19, se Aumenta a dos metros del distanciamiento entre las personas trabajadoras y entre estas últimas y los potenciales clientes o público, así como en la disposición de los puestos de trabajo, la organización de la circulación de personas y la distribución de espacios (mobiliario, estanterías, pasillos, etc.) y se acuerda la obligación de la empresa de facilitar los medios necesarios para que los trabajadores puedan asearse y Equipos de Protección Individual”. (Doc. 16 de demandante en medidas cautelares).

En fecha 30 de marzo de 2020 D. Fernando Simón, director del Centro de Coordinación de Emergencias y Alertas Sanitarias, declaró en rueda de prensa que: “Tenemos un número muy importante de sanitarios

afectados, comparado con otros países”, “aunque su tasa de ingreso hospitalario es mucho más baja”. (Ruedas de prensa: hecho público y notorio) OCTAVO.- El personal sanitario que atiende a los infectados en centros de salud por el coronavirus SARS-CoV-2 según las estimaciones de la OMS, precisa por paciente y día:

-Batas: 25 unidades.

-Mascarillas médicas - 25 unidades.

-Equipo de protección respiratoria (N95, FFP2 o equivalente) - 1 unidad.

-Guantes, no estériles - 50 unidades.

-Gafas o protector facial - 1 unidad.

(Paquete de productos básicos para enfermedades - Nuevo coronavirus COVID-19:

Publicación del 6 de marzo de 2020 de la OMS; “requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud” de 6 de febrero de 2020 de la OMS) NOVENO.- En Alcañiz los profesionales del grupo A1 que prestaban servicios eran los siguientes:

31 de enero: de Atención primaria: 131 y de hospital 117: total 248 29 de febrero: de Atención primaria: 133 y de hospital 119: total 252 31 de marzo: de Atención primaria: 137 y de hospital 119: total 256 30 de abril: de Atención primaria: 136 y de hospital 117: total 253. (Informe del SAS:

Prueba anticipada aportada de 15 de mayo de 2020) En Teruel los profesionales del grupo A1 que prestaban servicios eran los siguientes:

31 de enero: Atención primaria: 155; HOP: 167; Hospital San José: 14 y C.R.P San Juan 8; total 344.

29 de febrero: Atención primaria: 155; HOP: 167; Hospital San José: 14 y C.R.P San Juan 8; total 344.

31 de marzo: Atención primaria: 155; HOP: 165; Hospital San José: 14 y C.R.P San Juan 8; total 342.

30 de abril: Atención primaria: 155; HOP: 164; Hospital San José: 14 y C.R.P San Juan 8; total 340. (Informe del SAS: Prueba anticipada aportada de 15 de mayo de 2020).

Los sanitarios del 061 son: 21, el 31 de enero, 15 de febrero y 15 de marzo; 20 sanitarios el 29 de febrero, 31 de marzo, 15 de abril, 30 de abril y 15 de mayo. (Doc. 11 aportado por SAS el 15 de mayo de 2020).

DÉCIMO.- Desde diciembre de 2019 a 15 de mayo de 2019, el Departamento de Presidencia del Gobierno de Aragón, adquirió los productos contenidos en el doc. 16, anexo III, aportado por las demandadas que se da por reproducido.

A partir de 1 de abril de 2020 se adquirieron para toda la Comunidad autónoma de Aragón, las compras contenidas en el doc. 15 aportado por demandadas que se da por reproducido, UNDÉCIMO.- Los días de 20 y 28 de marzo se proporcionaron entre total 344 centros del IASS, centros de mayores y de discapacidad, de la Comunidad de Aragón, distintos EPIS determinados en el informe contenido en doc. 11 aportado por demandadas, que se da por reproducido.

Los días 23, 25 y 30 de marzo se hace un escaso suministro sólo a centros afectados, determinados en el doc. 11 aportado por demandadas que se da por reproducido.

La Secretaria del IASS en el informe de 30 de marzo de 2020, refiere que no se tendrá capacidad para abastecer a nuevos centros residenciales con casos positivos ni reforzar con material fungible a los centros contagiados, a los que tienen personas en observación y a los no contagiados, por ello se solicitan EPIS a la Dirección General de Salud pública.

(Doc. 11 aportado por demandadas) La Dirección Provincial de Teruel del IASS puso a disposición de la Residencia de personas mayores de “Javalambre” de Teruel, entre el 1 de marzo al 15 de marzo: 500 mascarillas, 9.000 guantes de látex, 216 litros de gel hidroalcohólico y 100 batas; y entre el 16 de marzo al 31 de marzo: 10.000 guantes de nitrilo. 100 litros de gel hidroalcohólico y 20 batas resistentes a fluidos; entre el 1 de abril al 15 de abril: 400 calzas, 600 gorros, 40 batas resistentes a fluidos; del 16 de abril a 30 de abril: 6.600 mascarillas. (Informe de 14 de mayo de 2020: aportado por demandadas el 18 de mayo de 2020 y doc.14 de demandadas).

La Dirección Provincial de Teruel del IASS puso a disposición de la Residencia Asistencial “el Pinar” de Teruel el 31 de marzo: 21 litros de gel hidroalcohólico y los días 3, 6 y 8 de abril de 2020: 6.000 guantes de nitrilo, 200 calzas, 200 gorros, y 50 batas resistentes a fluidos; los días 21, 22, y 29 de abril de 2020: 3.500 mascarillas y 5.000 guantes de nitrilo.

(Informe de 14 de mayo de 2020: aportado por demandadas el 18 de mayo de 2020 y doc.14 de demandadas).

La Dirección Provincial de Teruel del IASS puso a disposición de la Residencia de Personas mayores “Ciudad y Comunidad de Albarracín” el 31 de marzo: 1.000 guantes de látex, 1.000 guantes de nitrilo y 30 batas de fluidos; el de abril de 2020: 200 calzas, 200 gorros, y 5 litros de gel hidroalcohólico; el 29 de abril de 2020: 1.000 mascarillas quirúrgicas. (Informe de 14 de mayo de 2020: aportado por demandadas el 18 de mayo de 2020 y doc.14 de demandadas).

La Dirección Provincial de Teruel del IASS puso a disposición de la Residencia de Personas mayores de Utrillas el 29 de abril de 2020: 1.000 mascarillas quirúrgicas.

(Informe de 14 de mayo de 2020: aportado por demandadas el 18 de mayo de 2020 y doc.14 de demandadas).

La Dirección Provincial de Teruel del IASS puso a disposición de la Residencia de Personas mayores de “Turia” de Teruel, el 22 y 29 de abril de 2020: 300 mascarillas quirúrgicas. (Informe de 14 de mayo de 2020: aportado por demandadas el 18 de mayo de 2020 y doc.14 de demandadas).

El IASS adquirió el día 2 de abril de 2020, mascarillas FFP2, y FFP1 y guantes desechables por importe de 244.570 euros, se recepcionó parcialmente el 7 de mayo, realizándose trámites con el importador para para la sustitución de una partida que no estaban conformes con los requerimientos exigidos por la normativa vigente en EPIS. Se compraron igualmente 10.000 batas por importe de 150.000 euros. (Informe de 15 de mayo de al Secretaria General de IASS: aportado el 18 de mayo por demandadas).

DECIMOSEGUNDO.- En fecha 31 de enero de 2020 y 15 de febrero no existía stock de mascarillas FFP2 ni protector facial salpicaduras, y el 31 de enero tampoco lo había de gafas antisalpicaduras. El protector facial estuvo sin stock también el 19 de febrero y 15 de marzo, la mascarillas FFP3 no tuvo stock el 15 de abril y el 30 de abril; el 31 de marzo no hubo stock de bata no estéril ni de producto higiene de manos. (Informe del SAS:

Prueba anticipada aportada de 15 de mayo de 2020).

A 31 de enero de 2020, en Alcañiz había las siguientes existencias: 1.100 guantes nitrilo ambidiestro talla P; 18.200 de latex talla S y 36.400 y 6.000 talla M; batas de tejido sin tejer 520; mascarillas FFP2: 50 y FFP3: 160. no geles. (Informe del SAS: Prueba anticipada aportada de 15 de mayo de 2020: doc. 6).

A 5 de febrero, en Alcañiz había las siguientes existencias: 6.100 guantes nitrilo ambidiestro; 30.300 de látex; batas de tejido sin tejer 1.570; mascarillas quirúrgicas:

1.550; mascarillas FFP2: 20 Y FFP3: 220. Gel de manos 10 ml: 15. (Informe del SAS:

Prueba anticipada aportada de 15 de mayo de 2020: doc. 6).

A 29 de febrero, en Alcañiz había las siguientes existencias: 4.600 guantes nitrilo ambidiestro; 32.800 de látex; batas de tejido sin tejer 260; gafas antisalpicadura: 22.

(Informe del SAS: Prueba anticipada aportada de 15 de mayo de 2020: doc. 6).

La existencias en el Almacén General del Sector de Teruel eran las siguientes: En fecha 31 de enero: 1.113 mascarillas, 290 batas, 143 geles, 11 gafas, 0 delantales, 7.900 guantes nitrilo y 10.600 de látex; 15 de febrero: 2.850 mascarillas, 0 batas, 173 geles, 11 gafas, 0 delantales, 2.800 guantes nitrilo y 16.800 de látex; el 29 de febrero: 150 mascarillas, 690 batas, 19 geles, 0 gafas, 0 delantales, 7.200 guantes nitrilo y 5.900 de látex; el 15 de marzo: 6.820 mascarillas, 704 batas, 38 geles, 51 gafas, 0 delantales, 8.300 guantes nitrilo y 300 de látex; el 31 de marzo: 71.697 mascarillas, 1.634 batas, 41 geles, 96 gafas, 0 delantales, 8.300 guantes nitrilo y 5.484 de látex; el 15 de abril: 61.671 mascarillas, 957 batas, 282 geles, 223 gafas, 4.221 delantales, 7.902 guantes nitrilo y 10.075 de látex; el 30 de abril: 48.501 mascarillas, 965 batas, 544 geles, 306 gafas, 4.008 delantales, 168.911 guantes nitrilo y 17.9651 de látex. (Doc. 7 aportado por el SAS el 15 de mayo de 2020, que se da por reproducido).

DÉCIMOTERCERO.- En el sector sanitario de Alcañiz y Teruel se aportaron:

- 1.- Entre el 1 al 15 de febrero de 2020: 33 batas quirúrgicas reforzadas y 200 batas quirúrgicas estándar.
- 2.- Entre el 16 al 29 de febrero de 2020: 54 batas quirúrgicas reforzadas y 280 batas quirúrgicas estándar.
- 3.- Entre el 1 al 15 de marzo de 2020: 60 batas quirúrgicas reforzadas y 600 batas quirúrgicas estándar en Alcañiz; 400 delantales de plástico en Teruel; 900 mascarillas quirúrgicas, 400 mascarillas FFP2 y 200 mascarillas FFP3 en Teruel y 2.450 mascarillas quirúrgicas y 100 mascarillas FFP2 en Alcañiz.
- 4.- Entre el 16 al 31 de marzo de 2020 en Teruel: 1.000 delantales de plástico, 160 geles higiene de manos de 1.000 ml, 250 gafas antisalpicadura y 10.100 mascarillas quirúrgicas, 2.200 mascarillas FFP2 y 620 mascarillas FFP3. En Alcañiz. 50 geles higiene de manos de 100 ml, 20.000 guantes de nitrilo, 50 gafas antisalpicadura y 7.450 mascarillas quirúrgicas, 604 mascarillas FFP2 y 50 mascarillas FFP3.
- 5.- Entre el 1 al 15 de abril de 2020 en Teruel: 1.800 batas de tejido sin tejer y 1.940 batas tejido no tejido; 800 delantal de plástico; 100 geles higiene de manos de 100 ml y 80 de 500 ml; 9 producto higiene de 5 litros; 200 gafas antisalpicadura; 50 protector facial; 75.000 mascarillas quirúrgicas, 3.550 mascarillas FFP2. En Alcañiz: 1200 batas de tejido sin tejer y 700 batas tejido no tejido; 260 geles higiene de manos de 500 ml; 200 gafas antisalpicadura; 150 protector facial; 41.200 mascarillas quirúrgicas, 2.500 mascarillas FFP2.
- 6.- Entre el 16 al 30 de abril de 2020 en Teruel: 1.200 batas de tejido sin tejer y 1.202 batas tejido no tejido; 200 delantal de plástico; 10 geles higiene de manos de 100 ml y 2 producto higiene de 5 litros; 100 gafas

antisalpicadura; 25 protector facial; 2.000 guantes nitrilo; 5.100 mascarillas quirúrgicas, 1.050 mascarillas FFP2 y 100 mascarillas FFP3. En Alcañiz: 5.000 batas de tejido sin tejer y 1.080 batas tejido no tejido; 500 delantal de plástico; 100 geles de 100 ml y 500 de 500 ml; 220 gafas antisalpicadura; 100 protector facial; 17.100 mascarillas quirúrgicas, 1.400 mascarillas FFP2 y 20 mascarillas FFP3. (Informe del SAS: Prueba anticipada aportada de 15 de mayo de 2020: doc. 5).

La semana del 15 al 27 de marzo se suministraron a los sectores sanitarios de Teruel y Alcañiz, los materiales determinados en el doc. 11 que se da por reproducidos. Los materiales suministrados en Teruel por proveedores son los contenidos en el doc. 8 aportado por el SAS el 15 de mayo de 2020, que se da por reproducido. Los materiales suministrados en Teruel por la Plataforma logístico del SAS son los contenidos en el doc.

9 aportado por el SAS el 15 de mayo de 2020, que se da por reproducido.

Los EPIS proporcionados en el sector de Teruel: HOP, San José, Atención primaria y Almacén General son los determinados en el doc. 10 aportado por el SAS el 15 de mayo de 2020, que se da por reproducido.

Hasta mediados de marzo no se suministran materiales procedentes de la plataforma logística. (Informe del SAS: Prueba anticipada aportada de 15 de mayo de 2020).

DECIMOCUARTO.- El 27 y 28 de febrero de 2020 se remitieron correos electrónicos por el Director General del IASS, alertando de la escasez de EPIS e informando de la necesidad de racionalización de mascarillas, así como su control por los Coordinadores de enfermería. (Doc. 16 de demandadas que se da por reproducido).

En fecha 13 de abril de 2020, la Consejera de presidencia del Gobierno de Aragón, D.^a

Mayte Pérez reconocía la insuficiencia de materiales, aducía la existencia de colapso del mercado, e indicaba que el Gobierno central había proporcionado mascarillas y guantes, lo que "supone una cantidad importante pero insuficiente de material para abordar la necesidad derivada de la pandemia". Alegaba que: "es verdad que en el suministro de material nos hemos visto abocados a una situación de colapso del mercado ()". (Prensa regional: hecho público y notorio).

En el Pleno de 15 de abril de 2020, el presidente del Gobierno Aragonés D. Javier Lambán, pidió disculpas por los errores cometidos en la gestión de la crisis sanitaria por la "improvisación" de no saber a qué se enfrentaban, y ha reconocido la "desazón" que le ha provocado la "falta de material de protección para el personal sanitario y de servicios sociales y el fallecimiento del doctor San Martín". (Prensa: hecho público y notorio).

El 22 de abril del Director Gerente del SAS dictó resolución sobre distribución de material de protección en relación con la crisis sanitaria derivada del Covid-19, con el objeto de garantizar el correcto suministro a los Centros hospitalarios y equipos de atención primaria de los EPIS y material necesarios para que los profesionales de atención primaria, de atención personalizada y del 061 de Aragón, puedan realizar su laboral asistencial con las adecuadas medidas de seguridad. Se establecía como responsables de suministrar el material a las Direcciones de enfermería, con un control por parte del coordinador. (Resolución: doc. 16 y doc. 16. anexo II de demandadas que se dan por reproducidos).

El 22 de abril de 2020, la Consejera de Presidencia y de Relaciones Institucionales del Gobierno de Aragón, D.^a Mayte Pérez, en declaraciones a la prensa manifestó que la falta de material preventivo para hacer frente a la covid-19 "ha sido un elemento de preocupación en todos los sectores, especialmente en el sanitario y en las residencias de ancianos", y pidió "disculpas por no haber podido atender la necesidad

puntual que había en ese momento". "Una de las cosas que nos ha obsesionado en los últimos días es el suministro de material, dotar a nuestros profesionales de todos los ámbitos, especialmente del sanitario y del sociosanitario, de lo necesario. Y para eso hemos hecho un esfuerzo importante desde el Gobierno de Aragón". Indicó "es verdad, lejos de eximirnos de responsabilidad, que en ese momento esto estaba fuera de nuestro alcance, puesto que el mercado se encontraba absolutamente colapsado y era un problema común que estábamos viviendo el conjunto de las economías y administraciones locales, autonómicas y estatales e incluso a nivel global". Afirmó que "en este momento, el Gobierno de Aragón tiene en stock en su almacén centralizado Covid-19, ubicado en Plaza, 3.384.745 mascarillas quirúrgicas, 324.259 FFP2, 36.279 pantallas faciales, 2.093.850 pares de guantes, 25.389 botes de 200 ml de hidrogel, 10.433 gafas, 72 batas y 19.683 batas sin tejer". Aseguró que "a pesar de las dificultades seguimos comprando".

(Prensa: hecho público y notorio).

El Gobierno de Aragón, ante la situación de desabastecimiento del mercado nacional, buscó distintas fuentes de aprovisionamiento, y contó con el apoyo de la CEOE que gestionó gran parte de las compras importadas y puso en marcha la fundación CREA#ARAGONENMARCHA, tanto para gestionar donaciones de empresarios para poder realizar las compras de 2.700.000 mascarillas quirúrgicas y 1.000.000 de mascarillas FFP2, como para gestionar propuestas productivas de empresarios. (Informe del SAS:

Prueba anticipada aportada de 15 de mayo de 2020) El 18 de mayo de 2020 Se elaboró un informe por la Dirección de área económica administrativa del SAS, en el que se indica la insuficiencia de EPIS por el desabastecimiento del mercado nacional a partir de febrero de 2020 y la búsqueda de mercados y soluciones alternativas. (Informe: doc. 16, anexo I que se da por enteramente reproducido).

DECIMOQUINTO.- El 18 de abril de 2020 se solicitó a la Consejera de Sanidad de la DGA, que se realizaran test PCR y test serológicos al personal sanitario. (Solicitud: doc. 6 de actor). El 27 de abril de 2020 se remite carta dirigida a la Consejera de Sanidad de la DGA, reiterando la solicitud de 18 de abril de 2020. El 28 de abril de 2020 el Jefe de Gabinete de la Consejera de Sanidad de la DGA, da respuesta a la solicitud de 18 de abril de 2020. (Solicitud doc. 8 acompañado a la demanda y contestación: doc. 9 acompañado a la demanda).

DECIMOSEXTO.- El 7 de marzo 2020, el número de casos notificados en España, ascendía a unos 430 contagiados, entre ellos 8 fallecidos: 174 en Madrid (4 fallecidos), 45 en País Vasco (1 fallecido), 39 en La Rioja, 3 en la Comunidad Valenciana (1 fallecido), 27 en Andalucía, 24 en Cataluña (1 fallecido), 18 en Canarias, 15 en Castilla-La Mancha, 14 en Castilla y León, 11 en Aragón (1 fallecido), 10 en Cantabria, 6 en Extremadura, 6 en Baleares, 5 en Asturias, 3 en Navarra y 3 en Galicia. Ceuta, Melilla y Murcia se mantenían libres de contagio por coronavirus. (Pág. Web de departamento de Seguridad Nacional).

A fecha 15 de marzo de 2020, el número de casos notificados a nivel nacional asciende a 7.753, entre ellos 288 fallecidos y 382 ingresados en la UCI. Madrid continúa siendo la comunidad con más afectados (3.544) seguida del Cataluña (715), País Vasco (630), Andalucía (437), Comunidad Valenciana (409) y Castilla-La Mancha (401). La Ciudad Autónoma de Ceuta que se mantenía libre de contagio tiene en la actualidad 1 caso. (Pág.

Web de departamento de Seguridad Nacional).

A fecha 30 de marzo de 2020 había 85.195 contagiados (7.340 fallecidos), de los cuales 12.298 eran profesionales sanitarios contagiados, lo que representaba el 14,4% del total de contagiados. En Aragón había 2.078 casos de coronavirus, 222 en Teruel, y 106 fallecidos en la región. Respecto a sanitarios, existían 271 contagiados en Aragón y 40 en Teruel. (Pág. Web de departamento de Seguridad Nacional;

Hecho público y notorio por medios de comunicación lo relativo a sanitarios; informe; doc. 16 de demandadas).

En fecha 25 de abril de 2020, la prensa nacional informaba que España era el país con más contagios entre el personal sanitario representando el 20% de los infectados, existiendo más de 35.000 infectados de ese colectivo. (Hecho público y notorio;

reconocimiento en Informe del doc.16 de demandadas,).

A fecha 30 de abril, ascendían los contagios sanitarios a 28.326 casos, un 11,2% de los casos en personal sanitario notificados a la RENAVE han sido hospitalizados, 16,5% han desarrollado neumonía, un 1,3% han sido admitidos en UCI y un 0,1% han fallecido.

(Hecho público y notorio; Datos oficiales; informe de situación de 30 de abril de RENAVE) A fecha del juicio, 21 de mayo de 2020, la cifra de contagiados en nuestro país, ascendía a 233.037 personas, siendo 27.940 los fallecidos. Existían 848 fallecidos en Aragón y 5.588 casos en total. Los casos de infectados sanitarios asciende a 40.921, lo que constituye un 17,55% de los casos. Un 10,5% de los casos de personal sanitario notificados a la RENAVE han sido hospitalizados, 16,2% han desarrollado neumonía, un 1,1% han sido admitidos en UCI y un 0,1% han fallecido. (Datos oficiales; informe de situación n.º 32 de RENAVE:

pág. web ministerio de ciencia e innovación) En Teruel desde que comenzó la pandemia, hasta el 21 de mayo de 2020, ha habido 585 casos y 84 personas han fallecido. Han sido 118 sanitarios contagiados en la provincia, 6 de ellos han necesitado hospitalización. En Zaragoza falleció el día 11 de abril, un médico de atención primaria. (Hecho público y notorio e informe de Director de RRHH: doc. 16 de demandadas).”.

TERCERO.- Contra dicha sentencia se interpuso recurso de suplicación por las partes demandadas, siendo impugnado dicho escrito por la parte demandante.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Por la Administración recurrente, al amparo de lo dispuesto en el art.

193.a) de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social (LRJS), se denuncia infracción del art. 102.2 y del art. 178 LRJS, en relación con el art. 416 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), aplicable por lo dispuesto en la Disposición Final Cuarta de la LRJS.

Alega la recurrente que planteó la excepción de inadecuación de procedimiento que fue estimada por la sentencia, pero que ésta, en lugar de inadmitir la demanda, acomodó el procedimiento al de conflicto colectivo, lo que ha ocasionado indefensión a la recurrente, acomodación que no debió de realizarse al no completarse la conciliación previa; que, atendida la modalidad procesal iniciada, podría producirse falta de jurisdicción (la vulneración de derechos fundamentales del personal funcionario y estatuario es competencia del orden contencioso administrativo); y que el limitado objeto del procedimiento de tutela de derechos fundamentales, hace que se haya producido indefensión, al acomodarse al de conflicto colectivo.

SEGUNDO.- Corresponde al demandante la carga de identificar en la demanda la modalidad procesal que el órgano judicial debe tramitar (art. 80.1.a LRJS), el cauce procesal idóneo está condicionado por la pretensión que se ejercite, independientemente de la denominación que el actor le haya dado: “El acto determinante de la elección de la modalidad procesal idónea, es el de presentación de la demanda, de suerte que la pretensión que en ella se ejercite condiciona el cauce procesal a seguir, independientemente de la procedencia o improcedencia de la cuestión de fondo discutida, y de la denominación que el actor le

haya dado. Es por ello preciso analizar las características de la pretensión según los elementos que la componen” (SsTS, 4.ª, de 29-10-2001, r. 444/01; y 7-12-2009, r. 79/09).

TERCERO.- En principio, el procedimiento se tramitó bajo la modalidad de tutela de derechos fundamentales, habiendo alegado la recurrente, en el juicio, la excepción de inadecuación de procedimiento, por considerar que el que se debía seguir era el de conflicto colectivo, excepción que fue estimada, habiéndose acomodado el procedimiento al de conflicto colectivo en virtud de lo dispuesto en el art. 102 de la LRJS, afirmando la sentencia recurrida, respecto a la falta de conciliación previa:

“Considero que no es obstáculo el que no se haya intentado la conciliación preprocesal (preceptiva en la modalidad de conflicto) ya que en el de tutela de derechos existe el trámite de conciliación previa al juicio, por lo que sería ocioso reiterar un nuevo intento en tales circunstancias”.

El art. 102 de la LRJS, del que ha hecho uso la sentencia recurrida, contiene una regla de subsanación, tendente a evitar declaraciones de inadecuación de procedimiento, con la consiguiente dilación y remisión a otros procedimientos ulteriores y, a la postre, la utilización innecesaria de los recursos de la Administración de Justicia.

La nulidad de actuaciones sólo cabe en aquellos supuestos en los que el procedimiento seguido ha supuesto una merma de las garantías procesales con respecto a las que ofrece el procedimiento legalmente adecuado, de modo que la anomalía en la elección del procedimiento no supone la nulidad de actuaciones si no se ha lesionado derecho de defensa alguno ni ha resultado indefensión para las partes (SsTS 19-1-2004, r.

4179/02; y 21-11-2006, r. 3137/05).

La falta de conciliación previa, al haberse acomodado el procedimiento de la modalidad de tutela de derechos fundamentales, que no exige la misma, al de conflicto colectivo, que si la exige (art. 64 de la LRJS), no produce en la presente supuesto lesión del derecho de defensa, ni ha producido indefensión, pues la propia parte recurrente alegó como excepción la de inadecuación de procedimiento, al estimar que se debía de tramitar por la modalidad de conflicto colectivo, sin que pueda olvidarse que la demanda interpuesta expresaba con claridad que se interponía la demanda “en materia de prevención de riesgos laborales”, subrayando dicha precisión, y que en la fundamentación jurídica de la demanda se dice: “IX. Derechos presuntamente vulnerados e incumplimiento de obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales. 1. El Derecho material aplicable es la legislación sobre prevención de riesgos laborales: la Ley estatal 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales [en adelante “LPRL-1995”] y los Reglamentos ejecutivos de desarrollo parcial de la Ley, en particular, el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo”.

Es, por tanto, claro que la demanda se fundamenta en el incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales. La demandada, al contestar a la demanda en el acto del juicio, efectuó las alegaciones correspondientes y practicó la prueba que estimó conveniente en relación a dicha cuestión, por lo que no se produjo indefensión alguna.

La STS de 27-11-2019 (r. 98/15) recoge la jurisprudencia aplicable respecto al procedimiento a seguir caso de conexión de la acción de conflicto colectivo y la de tutela de derechos fundamentales: “nuestra doctrina viene advirtiendo desde antiguo que “aun comportando la infracción de normas de orden público, naturaleza que tienen las procesales, [la inadecuación de procedimiento] no debe ser apreciada, con los consiguientes efectos de nulidad, más que cuando implique la ausencia de los requisitos indispensables

para que sea alcanzado el fin ínsito al proceso o a los actos procesales afectados o cuando comporta la indefensión de parte" (STS de 23 de octubre de 1993, r. 3758/92). En coherencia con tal interpretación, el hecho de que formalmente la demanda identifique la modalidad procesal (de conflicto colectivo, p.

ej.) de manera errónea, pero cumpliendo con las exigencias propias del tipo de procedimiento correspondiente (de impugnación de convenio, p. ej.) no puede determinar que se estime automáticamente la inadecuación de procedimiento (STS de 11 de junio de 1997, r. 3729/96).

El art. 177.1 LRJS permite que cualquier sindicato que, invocando un derecho o interés legítimo, considere lesionados los derechos de libertad sindical, huelga u otros derechos fundamentales y libertades públicas, podrá recabar su tutela a través del procedimiento de tutela. Y nuestra tradicional doctrina viene estableciendo lo siguiente, en los términos de la STS 18 julio 2002 (r. 1289/01) y las muchas en ella citadas o basadas, sea con base en la LPL o en la LRJS: La petición de tutela judicial para el derecho de libertad sindical, no tiene por qué pasar necesariamente por la modalidad procesal específica [...], que es facultativa [...]. De modo que la conducta que se entiende lesiva de dicho derecho fundamental puede combatirse por el cauce del procedimiento ordinario y también por la modalidad procesal de conflicto colectivo, puesto que el art. 152.1 a) LPL admite la legitimación de los Sindicatos para interponer demandas de éste último tipo. Legitimación que viene igualmente reconocida por el art 2 y concordantes de la LO 11/1985, de 2 de agosto sobre Libertad Sindical.

Es evidente pues que el cauce procesal de conflicto colectivo elegido es adecuado para deducir las pretensiones que contiene la demanda, puesto que la cuestión debatida tiene naturaleza colectiva y en ella se interfiere la denuncia de violación de un derecho fundamental.

Con independencia del alcance que posea la previsión cuando un procedimiento se encuentra en fase de recurso extraordinario, interesa recordar el tenor del artículo 102.2. LRJS: Se dará al procedimiento la tramitación que resulte conforme a la modalidad procesal expresada en la demanda. No obstante, si en cualquier momento desde la presentación de la demanda se advirtiere la inadecuación del procedimiento seguido, se procederá a dar al asunto la tramitación que corresponda a la naturaleza de las pretensiones ejercitadas, sin vinculación necesaria a la modalidad elegida por las partes y completando, en su caso, los trámites que fueren procedentes según la modalidad procesal adecuada, con aplicación del régimen de recursos que corresponda a la misma. No procederá el sobreseimiento del proceso o la absolución en la instancia por inadecuación de la modalidad procesal, salvo cuando no sea posible completar la tramitación seguida hasta ese momento o cuando la parte actora persista en la modalidad procesal inadecuada”.

CUARTO.- El motivo de recurso de suplicación del art. 193. a de la LRJS tiene por objeto reponer los autos al estado en el que se encontraban en el momento de cometerse una infracción de normas o garantías del procedimiento que hayan producido indefensión, siendo pues requisito necesario el de la producción de indefensión a alguna de las partes.

Las sentencias de esta Sala de 22-2-2012, r. 16/12; 29-5-2013, r. 121/13 y 28-12- 2015, r. 797/15, entre otras, han explicado que el motivo suplicacional regulado en el ap. a) del art. 193 LRJS [trasunto del art. 191.a) de la derogada Ley de Procedimiento Laboral] “tiene por finalidad asegurar los principios que deben presidir la actividad procesal, o sea, los principios de igualdad de las partes, de audiencia, de contradicción y de proscripción de la indefensión, de manera que para que el motivo determine la obligada nulidad de actuaciones, con la consiguiente regresión al estado en que se cometió la falta, es necesario la infracción de una norma o trámite en la regulación y en el desenvolvimiento del proceso que haya causado una situación de indefensión al recurrente, privando o limitando los derechos e intereses legítimos a su calidad de parte, así como el agotamiento en la instancia de todos los remedios admisibles encaminados a la

subsanción o reparación del defecto, realizando la adecuada protesta en tiempo y forma, siempre que ello sea posible, para que no se suponga consentido o tolerado con el silencio o la inactividad procesal” En el presente supuesto la parte recurrente conocía el objeto del proceso, se apreció a su instancia la inadecuación de procedimiento que derivó en la acomodación del proceso al de conflicto colectivo, conociendo que su materia y objeto era el posible incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, materia sobre la que efectuó las alegaciones que consideró conveniente y practicó la prueba que estimó pertinente en defensa de su derecho, por lo que no puede apreciarse indefensión alguna que motive la nulidad de procedimiento, por lo que el motivo se desestima.

Sin perjuicio de aclarar que, tratándose en definitiva, no de un proceso de tutela de derechos fundamentales, sino de un conflicto colectivo en el que el Sindicato demandante alega la inaplicación de la ley de prevención de riesgos laborales con el consiguiente riesgo para la integridad física y la vida del personal afectado, derechos fundamentales que en este sentido entiende la parte vulnerados, y pide se declare el incumplimiento por la Administración empleadora de la obligación de dotación de equipos de protección individual, y su condena a cumplir con dichas medidas de protección, no procede, en su caso, un Fallo estimatorio de la tutela por vulneración de derechos fundamentales, sino, en todo caso, de declaración de dicho incumplimiento y condena a la implantación de la medida incumplida, evitando así la puesta en peligro de aquellos derechos fundamentales.

En este sentido debe ser interpretado el Fallo contenido en la sentencia recurrida.

QUINTO.- Con igual amparo en el art. 193 a) de la LRJS, la recurrente denuncia infracción del art. 7.a) LRJS, del art. 10 de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, y del art. 3 del Decreto 201/2018, de 21 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula el Sistema de Prevención de Riesgos Laborales y Promoción de la Salud del personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, en relación con la jurisprudencia del Tribunal Supremo, por todas, Sentencia de 30 de junio de 2016.

Sostiene la recurrente que el ámbito de afectación del conflicto colectivo es el de la Comunidad Autónoma de Aragón, lo que determina la competencia de la Sala de lo Social y no del Juzgado de lo Social de Teruel, pues el conflicto versa sobre una práctica empresarial sobre prevención de riesgos laborales, y la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón tiene un sistema propio de prevención de riesgo laborales, regulado por el Decreto 201/2018, de 21 de noviembre del Gobierno de Aragón, que aprueba el Reglamento por el que se regula el Sistema de Prevención de Riesgos Laborales y Promoción de la Salud del personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, y fija el ámbito de actuación en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón Añade el recurso que se formula conflicto colectivo sobre una actuación de empleador que es la Administración territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón, el Servicio Aragonés de Salud y el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (organismos públicos de ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón); que el colectivo genérico susceptible de determinación individual (grupos A sanitarios) durante el estado de alarma puede ser objeto de movilidad geográfica por todo el territorio de la Comunidad Autónoma; que el colectivo genérico susceptible de determinación individual (grupos A sanitarios) recibe su nómina y depende del Servicio Aragonés de Salud y del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (organismos públicos de ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón), no de los Sectores ni de los Servicios Provinciales que ni tan siquiera gozan de personalidad diferenciada, sino que son estructura internas para la gestión territorial de un servicio público; y que el Sindicato actor tiene como ámbito territorial la Comunidad Autónoma de Aragón.

Por la impugnante del recurso, respecto de la competencia territorial, se alega que el ámbito territorial del conflicto es el de la provincia de Teruel, por lo que no se vulnera el art. 7.a) de la LRJS. La demanda se circunscribía al examen de la actuación realizada por las Administraciones demandadas en la provincia de Teruel, en los centros de trabajo ubicados en la provincia de Teruel y respecto a los empleados destinados en dichos centros de trabajo, donde prestaban sus servicios profesionales. En la provincia de Teruel, a priori, pudieron adoptarse medidas distintas en función de la disponibilidad de equipos de protección individual, lo que pudiera llevar a un pronunciamiento distinto en las provincias de Huesca y de Zaragoza respecto al cumplimiento o incumplimiento de los deberes y obligaciones de las Administraciones empleadoras en materia de prevención de riesgos laborales. La demanda se refería a empleados públicos del Grupo de clasificación "A", que prestan servicios profesionales en los centros de trabajo situados en el territorio de la provincia de Teruel y dada la competencia territorial provincial de los Juzgados del orden jurisdiccional social, la competencia de esta naturaleza corresponde normativamente al Juzgado al que se dirigió.

La sentencia recurrida desestima la excepción de incompetencia objetiva del Juzgado de lo Social de Teruel en base a que no se pretende obtener un pronunciamiento con vocación de generalidad para la Comunidad autónoma, sino sólo para la provincia de Teruel, pudiendo estar justificado un pronunciamiento distinto en las otras provincias, ya que se examina la carencia o adecuación de los EPIS aportados en los distintos centros sanitarios, etc, dependientes de las demandadas, en cada provincia, pudiendo llegarse, a través del examen de la prueba, a resultados diferentes en los distintos territorios. Por otro lado, el sindicato ostenta representación en toda la Comunidad autónoma, y por tanto, goza de legitimación activa en toda ella, por lo que no se trata de ninguna maniobra para tener una legitimación activa de la que careciera.

SEXTO.- Declara la STS 20-11-2019 n. 792/19, r. 39/18: "3. La doctrina jurisprudencial de esta Sala IV del Tribunal Supremo ha venido sosteniendo que, en relación con los conflictos, el reparto de competencia objetiva viene determinado por la mayor o menor afectación del conflicto. Es la repercusión territorial de la controversia la que sirve para fijar el órgano judicial competente, en base a las premisas siguientes:

a) La afectación del conflicto se ha de examinar en función del objeto del mismo, teniendo en cuenta que el objeto del proceso de conflicto es el que se delimita con la pretensión de la demanda por mor del principio dispositivo (STS de 20 junio 2001 -r.

4659/00-, 21 junio 2010 -r. 55/09-, 25 noviembre 2013 -r. 23/13- y 11 julio 2019 -r.

58/18);

b) No puede confundirse el ámbito del conflicto con el de la norma legal o convencional aplicada o interpretada. Mientras que lo que delimita la norma es una mera afectación hipotética, el núcleo de la pretensión del conflicto no puede ser teórico o de futuro, sino real. Por ello, es cierto que el conflicto puede abarcar todo el marco de presencia de la norma, mas también puede tener un impacto más reducido (STS de 4 abril 2002 - r. 882/01- y 25 octubre 2004 -rcud. 5046/03). En todo caso, la sentencia que dé respuesta al conflicto colectivo no producirá efectos sobre el ámbito de aplicación de la norma, sino sobre el de afectación del conflicto planteado (STS de 12 junio 2012 -r.

188/11).

c) Tampoco es relevante el que la empresa extienda su actividad en un área geográfica más amplia (STS de 24 septiembre 2009 -r. 74/08).

d) No obstante, no cabe reducir artificialmente el ámbito del conflicto colectivo con la legitimación del sujeto colectivo accionante. Tal circunstancia la hemos apreciado cuando se constata que el procedimiento incoado ante un determinado Tribunal Superior de Justicia planteaba una cuestión que también se había suscitado paralelamente en centros de trabajo ubicados en otras Comunidades Autónomas (STS 15 junio 2018 -r. 132/17); o cuando se acredita que el conflicto afecta a todos los trabajadores de la empresa, destinados en territorios diversos (STS de 22 junio 2016 - r. 185/15).” En cuanto a la legitimación del Sindicato actuante, la STS de 20-11-2019, r. 39/18, afirma: “Ciertamente, el requisito que se exige a las organizaciones sindicales para considerarlas procesalmente legitimadas para promover un conflicto colectivo es el de correspondencia con el ámbito del mismo, tal y como se desprende de los arts. 154 LRJS y 2.2 d) de la LO de Libertad Sindical (LOLS). Ahora bien, esa correspondencia se refiere a su implantación en el mencionado ámbito; pues, para poder considerar procesalmente legitimado a un sindicato no basta con que éste acredite la defensa de un interés colectivo o la realización de una determinada actividad sindical, sino que debe existir, además, un vínculo especial y concreto entre dicho sindicato y el objeto del debate en el pleito de que se trate, vínculo o nexo que habrá de ponderarse en cada caso (STC 7/2001, 24/2001, 164/2003, 142/2004, 153/2007 y 202/2007). La doctrina de esta Sala del Tribunal Supremo, siguiendo la emanada del Tribunal Constitucional, ha sostenido que el sindicato deberá acreditar una mínima presencia en el ámbito del conflicto (STS de 31 enero 2003 -r. 1260/01). En STS de 12 mayo 2009 -r. 121/08-, decíamos que deben considerarse legitimados a los sindicatos para accionar en los procesos en el que estén en juego intereses colectivos de los trabajadores, siempre que tengan implantación suficiente en el ámbito del conflicto (vínculo acreditado de conexión entre la organización que acciona y la pretensión ejercitada), y, asimismo, que "la implantación suficiente también existe cuando posea nivel de afiliación adecuado en el ámbito de afectación del conflicto".

SÉPTIMO.- En el presente supuesto, consta acreditada la presentación por parte del Sindicato demandante de tres demandas con el mismo contenido, en los Juzgados de lo Social de Teruel, Zaragoza y Huesca, si bien en cada una de ellas lo que se analiza es el concreto suministro de EPIS en cada una de las provincias, atendiendo a los centros de gasto existentes, siendo el objeto de dichas demandas el análisis del concreto cumplimiento de las medidas de prevención de riesgos laborales, consistente en la facilitación a los empleados sanitarios de los EPIS en cada provincia concreta; lo que, evidentemente, teniendo en cuenta el resultado que se pudiera producir en cada una de las provincias y correspondientes centros de gastos, podría llevar a pronunciamientos diferentes.

Podría haberse planteado demanda de conflicto colectivo referida a todo el ámbito de actuación de la administración sanitaria, lo que hubiera determinado la competencia objetiva de esta Sala, pero debe tenerse en cuenta que el objeto del proceso de conflicto es el que se delimita con la pretensión de la demanda, por mor del principio dispositivo, y la pretensión de la demanda se limita al cumplimiento de las obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales en la provincia de Teruel, atendiendo a los concretos datos que respecto del suministro de EPIS constan en la misma.

Debe tenerse en cuenta que no se ha reducido artificialmente el ámbito del conflicto colectivo para hacerlo coincidir con el de la legitimación del sindicato accionante, pues en este caso el Sindicato demandante tiene implantación suficiente, no discutida, en el ámbito de la totalidad de la Comunidad Autónoma de Aragón, sin que se haya producido actuación fraudulenta por su parte. Han sido celebrados juicios en los Juzgados de lo Social de Teruel, de Huesca y Zaragoza, en los que han recaído sentencias entrando en el fondo, en Teruel con fecha 3-6-2020, en Huesca con fecha 24-6-2020, autos 235/20, y en Zaragoza, Juzgado de lo Social n 1, con fecha 27-7-2020, autos 261/20, desestimándose en todas ellas la excepción

de la incompetencia del Juzgado, sentencias contra la que cabe la interposición del recurso de suplicación ante esa Sala de lo Social.

Es evidente que no se ha producido indefensión en la parte recurrente, por lo que el motivo se desestima.

OCTAVO.- Como tercer motivo de recurso, al amparo del art. 193.a) LRJS, se denuncia la infracción del art. 2.f) y 5 LRJS en relación con la infracción del art. 102.2 y art. 178 LRJS, en relación con el art. 416 LEC, de aplicación por la Disposición Final Cuarta LRJS, alegando que la falta de jurisdicción puede ser apreciada de oficio; y que la demanda formula una pretensión de condena por violación de derechos fundamentales de personal funcionario y estatutario, cuestión para la que jurisdicción social carece de jurisdicción que corresponde al orden contencioso administrativo.

No cabe apreciar la infracción del art.2.f) de la LRJS, en relación a la competencia del orden jurisdiccional social para el conocimiento del objeto del proceso. El motivo está directamente relacionado con el primer motivo de recurso en el que se alega indefensión al no haberse declarado la nulidad de lo actuado, para el cumplimiento del requisito de conciliación previa, admitiendo que el procedimiento adecuado era el de conflicto colectivo y no el de tutela de derechos fundamentales, excepción que se alegó en el juicio. Atendiendo al contenido de la demanda se resolvió la acomodación al procedimiento de conflicto colectivo, por entender que dicho trámite era el adecuado, ya que lo que se pretendía en demanda es la declaración de la infracción de las medidas de prevención de riesgos laborales, y por tanto el incumplimiento de normas de legislación ordinaria en dicha materia, aun cuando se pudiera producir una conexión directa con derechos fundamentales como la vida y la integridad física, estimando que la acción ejercitada no era la de tutela de derechos fundamentales del art. 177 y siguientes de la LRJS con la cognición limitada prevista en el art. 178 de la LRJS.

NOVENO.- La materia objeto del procedimiento es la de prevención de riesgos laborales, como se dice en la propia demanda, y respecto a la competencia para al conocimiento de dicha materia se ha pronunciado a favor de la atribución de la misma a la Jurisdicción Social, aun cuando se trate de personal funcionario y estatutario, la Sala 4.ª del TS (Pleno) en sentencia de 24-6-2019 n.º 483/19, r. 123/18, afirmando:

“Con carácter previo hemos de hacer referencia a la determinación y límites de la competencia del orden jurisdiccional social en materia de riesgos laborales tras la entrada en vigor de la LRJS. Debiéndose destacar lo siguiente:

a) La razón esencial que determinó la promulgación de la actual norma procesal social --LRJS (Ley 36/2011 de 10-10-2011, reguladora de la jurisdicción social -BOE 11-10- 2011 con entrada en vigor el día 11-12-2011), aprobada por unanimidad de todos los Grupos parlamentarios--, fue atribuir al orden jurisdiccional el "conocimiento más completo de la materia social", por su mayor especialización y, en cuanto ahora más directamente nos afecta, para configurarla como la ley unificadora a favor de los juzgados y tribunales del orden jurisdiccional social de todas las materias de prevención de riesgos laborales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, exceptuando las cuestiones de índole penal; o, en rigurosa terminología doctrinal, tanto de la "tutela preventiva" como de la tutela frente a "actos consumados" y a la "reparación de los daños".

b) Con dicha atribución competencial (destacada en el Preámbulo y reflejada esencialmente en su art. 2.e LRJS), se pretendía evitar que en dicha materia el trabajador o empleado accidentado, lesionado o acosado o sus beneficiarios o el empresario o las entidades gestoras o colaboradoras o aseguradoras o incluso los terceros vinculados al empresario "por cualquier título, cuando la vulneración alegada tenga conexión directa con la prestación de servicios" (arg. ex art. 2.f LRJS) o, en general, "contra aquéllos a

quienes se les atribuya legal, convencional o contractualmente responsabilidad" (arg. ex art. 2.b LRJS), tuvieran necesariamente que acudir, como demandantes o como demandados en su caso, a los juzgados civiles, sociales y contencioso-administrativos para intentar hacer valer sus derechos;

bastando, tras la entrada en vigor de la referida LRJS, con su ejercicio único ante el orden social, evitando el denominado "peregrinaje de jurisdicciones" para lograr la mayor seguridad jurídica y celeridad en la respuesta judicial, al tiempo que una pretendida mayor calidad en las respuestas judiciales al resolverse por órganos cada vez más especializados en dichas materias, al constituirse el orden jurisdiccional social en el orden especializado, de manera realmente exclusiva y excluyente, para el conocimiento unificado de las materias afectantes a riesgos laborales en sentido amplio, directamente o por conexión.

c) Se crea realmente una verdadera jurisdicción especializada en materia de riesgos laborales dentro del propio ámbito de la jurisdicción social para juzgar sobre toda esta específica materia, regulada fundamentalmente por la normativa de la Unión Europea y por la normativa traspuesta, con amplia afectación de colectivos que no siempre pueden ser calificados de trabajadores y/o de empresarios en sentido técnico.

d) Con tal finalidad se configuran, entre otros, como puntos básicos de la LRJS en materia de prevención de riesgos laborales, los siguientes:

1.º La atribución plena al orden jurisdiccional social del conocimiento de los litigios sobre aplicación de la normativa de prevención riesgos laborales, aun cuando afecten al personal funcional o estatutario de las Administraciones públicas empleadoras (Administración pública empleadora), incluida la responsabilidad por daños (arts. 2.n y 3.b LRJS), con la amplitud que exigía la importante STC 250/2007, de 17 de diciembre; como se afirma por la Sala Especial de Conflictos de Competencia de este Tribunal Supremo (art. 42) en su reciente Auto de fecha 6-5-2019 (n 22/18), "la nueva perspectiva introducida por la LRJS, que racionaliza la competencia en el ámbito de las relaciones laborales, permite afirmar que compete a la jurisdicción social cualquier impugnación frente a la actuación de las Administraciones Públicas en materia de prevención de riesgos laborales, aunque el afectado sea un funcionario público, según el art.2. e) LRJS".

2.º Se configura el orden social como el garante ordinario de los derechos fundamentales y libertades públicas de empresarios y trabajadores en el ámbito de la relación de trabajo, incluyendo las competencias sobre medidas cautelares (arts. 2.f y 79 LRJS) y responsabilidad por daños, para lo que se efectúa una importante reestructuración de la modalidad procesal de tutela de derechos fundamentales, contemplando expresamente los supuestos de acoso a los que incluye entre las vulneraciones de derechos fundamentales y libertades públicas y junto con la prohibición de tratamiento discriminatorio ("incluida la prohibición de tratamiento discriminatorio y del acoso");

3.º Se atribuye al orden social el conocimiento de las pretensiones que se deduzcan en relación con la actuación de las Administraciones Públicas sujeta al Derecho Administrativo en materia laboral (la materia de prevención de riesgos laboral, por su ubicación en la LRJS, debe entenderse incluida en la materia laboral, arts. 2.o y.n, LRJS), unificando en la jurisdicción social la totalidad de los litigios sobre control de los actos administrativos en materia laboral (actos singulares y plurales, no disposiciones generales), con independencia de que surjan en el marco del contrato de trabajo "en sentido no técnico", con relación a la Administración pública empleadora, o a causa del ejercicio de potestades públicas;

4.º El ámbito competencial de la jurisdicción social en esta materia debe coincidir con el ámbito de aplicación de la "Directiva del Consejo de 12 de junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para

promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (89/391/CEE)", definido en su art. 2 (de la que no se excluye quienes ejercen la función judicial); así como en la norma española que la traspone, en concreto la LPRL (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales), en cuyo art. 3 define su ámbito de aplicación;

5.º Se convierte al juez social en garante último de la normativa de prevención de riesgos laborales, incluso con carácter previo a la posible causación del daño, pues como destaca el Preámbulo LRJS "De este modo no sólo se fortalecen los instrumentos judiciales para proteger a las víctimas de accidentes de trabajo, sino que además se disponen los recursos para hacer efectiva la deuda de protección del empresario y la prevención de riesgos laborales" y, además, comporta como consecuencia "convertir el orden social en el garante del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, aun cuando no se hayan derivado daños concretos por tales incumplimientos".

A favor de dicha atribución competencial se ha pronunciado también la Sala Especial de Conflictos del TS, en Auto de 6 de mayo de 2019, r. 22/18.

Por todo lo cual, el motivo se desestima.

DÉCIMO.- Por la recurrente se denuncia infracción del art. 2. e) y 5 de la LRJS, en relación con el art. 9 y art. 43 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Alegando que para conocer y determinar la existencia de infracción o no de la normativa en materia de prevención de riesgos laborales, la normativa señala que corresponde dicha función a la Inspección de Trabajo, cuya actuación estará, ulteriormente, sujeta a conocimiento de la jurisdicción social; y que el órgano judicial carece de jurisdicción para conocer de la pretensión declarativa de condena por incumplimiento de la normativa en materia de prevención de riesgos laborales.

La Jurisdicción Social es la competente para el conocimiento del cumplimiento de las obligaciones legales y convencionales en materia de prevención de riesgos laborales, y para conocer de la impugnación de las actuaciones de las Administraciones Públicas en dichas materias respecto de todos sus empleados, sean éstos funcionarios, personal estatutario de los servicios de salud, o personal laboral, conforme lo dispuesto en el art. 2. e) de la LRJS.

Damos por reproducida la argumentación que respecto de la competencia del orden jurisdiccional social se ha efectuado en el Fundamento de Derecho anterior, mediante la cita de STS de 24-6-2019, r. 123/18: "Se convierte al juez social en garante último de la normativa de prevención de riesgos laborales, incluso con carácter previo a la posible causación del daño, pues, como destaca el Preámbulo LRJS, "De este modo no sólo se fortalecen los instrumentos judiciales para proteger a las víctimas de accidentes de trabajo, sino que además se disponen los recursos para hacer efectiva la deuda de protección del empresario y la prevención de riesgos laborales" y, además, comporta como consecuencia "convertir el orden social en el garante del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, aun cuando no se hayan derivado daños concretos por tales incumplimientos".

UNDÉCIMO.- El presente supuesto es la resolución de un conflicto colectivo en materia de prevención de riesgos laborales. No estamos ni ante la imposición de una sanción, que en este caso sería un requerimiento, al tratarse de la Administración Pública, de conformidad con lo dispuesto en el RD 707/2002, de 19 de julio, que aprobó el Reglamento sobre el procedimiento administrativo especial de actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y para la imposición de medidas correctoras de incumplimientos en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Administración General del Estado; ni ante la impugnación de una sanción impuesta a instancia de la Inspección de Trabajo,

conforme a lo dispuesto en el art. 22.5 de la Ley 23/2015, cuya competencia correspondería igualmente al orden social, según el art. 2 n) de la LRJS.

Debe tenerse en cuenta que el art. 20.5 de la Ley 23/2015, sobre “normas generales, origen de las actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y condición de interesado”, dispone que “No se tramitarán las denuncias anónimas ni las que tengan defectos o insuficiencias de identificación que no hayan sido subsanadas en el plazo establecido para ello, sin perjuicio de lo señalado en el apartado 3. Tampoco se dará curso a aquellas cuyo objeto coincida con asuntos de los que esté conociendo un órgano jurisdiccional cuyo pronunciamiento pueda condicionar el resultado de la actuación inspectora, ni las que manifiestamente carezcan de fundamento”.

Lo cual excluye la preferencia de la actuación inspectora cuando se haya iniciado procedimiento judicial, por lo que en modo alguno queda excluida la competencia del orden jurisdiccional social para el enjuiciamiento del cumplimiento por parte de los empleadores, incluidas las Administraciones Públicas, de las obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales, lo que constituye el objeto del presente procedimiento.

El motivo se desestima.

DUODÉCIMO.- Finalmente por la misma vía procesal se denuncia infracción de lo establecido en el art. 2. e) de la LRJS, en relación con el art. 22.1 de la LEC, por no haberse apreciado de oficio la carencia sobrevenida de objeto de la acción ejercitada.

Dispone el art. 22.1 LEC: “Cuando, por circunstancias sobrevenidas a la demanda y a la reconvención, dejare de haber interés legítimo en obtener la tutela judicial pretendida, porque se hayan satisfecho, fuera del proceso, las pretensiones del actor y, en su caso, del demandado reconviniendo o por cualquier otra causa, se pondrá de manifiesto esta circunstancia y, si hubiere acuerdo de las partes, se decretará por el Letrado de la Administración de Justicia la terminación del proceso, sin que proceda condena en costas”.

Sostiene en esencia, la recurrente, que el proceso sólo es viable cuando existe un interés actual necesitado de protección y que no cabe plantear en él consultas, cuestiones pasadas, ni futuras o hipotéticas, razón por la que, al no existir un interés actual, la demanda debió desestimarse por falta de acción. Esa falta hipotética de interés la relaciona el recurso con lo dispuesto en el artículo 22.1 de la LEC por la carencia sobrevenida de objeto al haberse producido una actuación de la Administración empleadora, posterior a la presentación de la demanda, o de la demanda de medidas cautelares, que ha dado satisfacción a la pretensión.

Como dijo textualmente la STS de 18-7-2011 (rcud. 133/10): “La simple enunciación del motivo muestra su improcedencia porque equivale a decir: ‘como cumplo la normativa actual, ninguna norma anterior infringí, ni puede sancionármese por hechos anteriores, ya que ahora sí observo las disposiciones legales’. Silogismo incorrecto”.

Porque lo que aquí se juzga no es la conducta de la demandada posterior a la demanda, sino su conducta anterior, su proceder en los meses anteriores a mayo de 2020, es decir, los inmediatos precedentes a los contagios por coronavirus del personal sanitario de Teruel, y si los mismos tuvieron relación con la ausencia de medios o medidas de prevención de riesgos de obligado cumplimiento por la Administración empleadora de dicho personal en esa provincia. Aquí no se resuelve si la conducta de la empresa fue constitutiva de una infracción tipificada, ni la sanción a imponer, ni si la responsabilidad por esos hechos ya no es exigible, sino, simplemente, si con su proceder en ese tiempo incumplió la normativa de

prevención de riesgos, cuestión que tiene ahora el mismo interés actual y real que tenía al interponerse la demanda, necesitado de tutela, incluso para la recurrente. Se desestima el Motivo.

DECIMOTERCERO.- Por el cauce procesal previsto en el ap. b) del art. 193 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social (LRJS), pretende el recurso la adición a la sentencia de un nuevo Hecho Probado, que sería el decimotercero bis, con apoyo probatorio en la documental que señala, y con el siguiente contenido: "Es cierto (resulta notorio) que las administraciones demandadas han estado realizando arduas gestiones para obtener los elementos necesarios para dotar a su personal de los EPIs que precisa para la prestación de servicios".

La jurisprudencia, (SsTS de 30-1-17, rco. 52/16; 12-5-2017, rco. 210/15; 15-1-2019, rc. 212/17), respecto a la revisión en casación de los Hechos Probados, con doctrina aplicable al recurso de suplicación, tiene declarado que los Hechos sólo pueden adicionarse, suprimirse o rectificarse si concurren, entre otras, las siguientes circunstancias: que el hecho que haya sido negado u omitido en la resultancia fáctica recurrida resalte, de forma clara, patente y directa de la prueba documental o pericial obrante en autos, sin necesidad de argumentaciones más o menos lógicas; y que tal hecho tenga trascendencia para llegar a la modificación del fallo recurrido, es decir, que la modificación haga variar el pronunciamiento de la sentencia, pues, en otro caso, devendría inútil la variación.

La adición no procede, principalmente, por su carácter genérico y atemporal, por su contenido valorativo (arduas, muy difíciles), y también porque es innecesaria e intrascendente en relación con el objeto litigioso: lo relevante es si en el tiempo inmediatamente anterior a la demanda la empleadora cumplía con las normas de prevención de riesgos de su personal sanitario respecto a una enfermedad contagiosa como la denominada Covid-19, producida por un coronavirus y aparecida en la provincia en los primeros meses de este año 2020. Aunque se realizaran dichas arduas gestiones entonces, o después (no lo especifica el texto que se pretende adicionar), por la empleadora, para disponer y distribuir al personal sanitario los equipos de protección individual en los que se concretan las medidas preventivas litigiosas.

DECIMOCUARTO.- Al amparo del art. 193 c) de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social (LRJS), denuncia el recurso infracción de lo dispuesto en el art. 1105 del Código Civil, en relación con el RD 463/2020, de 14 de marzo, con el art. 14 de la LPRL y con la jurisprudencia contenida en la STs de 27 de noviembre de 2019 (r. 95/18), sobre existencia de fuerza mayor.

Dispone el art. 1105 CC: "Fuera de los casos expresamente mencionados en la ley, y de los en que así lo declare la obligación, nadie responderá de aquellos sucesos que no hubieran podido preverse, o que, previstos, fueran inevitables".

Declara al respecto la sentencia del TS invocada en el recurso: "Los términos literales del art. 1105 CC comprenden: "sucesos que no hubieran podido preverse, o que, previstos, fueran inevitables" (art. 1105), siendo, por tanto, requisito imprescindible que se trate de un suceso externo, imprevisible o que previsto no fuere evitable, ajeno a la voluntad de las partes y, que conlleve la imposibilidad de cumplimiento de la obligación pactada. Nuestra doctrina así lo refleja. Entre otras muchas, la STS 20-11-2018, r. 2/18, argumenta: "La fuerza mayor equivale, desde luego, a un acontecimiento externo al círculo de la empresa, absolutamente independiente de la voluntad de ésta, que sea imprevisible o, siendo previsible, sea inevitable. Nuestra STS 22 julio 2015 (autos 4/2012) sienta una doctrina que concuerda con cuanto acabamos de exponer: "Ha de entenderse por fuerza mayor, y por ende, por "situación extraordinaria", un acontecimiento externo al círculo de la empresa, absolutamente independiente de la voluntad de ésta que sea imprevisible o, siendo previsible, sea inevitable,...".

DECIMOQUINTO.- La Sala considera razonable y ajustada a Derecho la conclusión de la sentencia recurrida de que, en este caso, la aparición de la epidemia en la provincia no fue un acontecimiento de fuerza mayor, y por ende, causa de imposible cumplimiento por la Administración empleadora de las medidas adecuadas de previsión de riesgo de su personal sanitario. Por las siguientes razones:

1.ª.- La existencia de una normativa nacional que prevé la posible aparición de enfermedades infecciosas contagiosas y epidémicas:

A) puesta especialmente de manifiesto en el R. Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red nacional de vigilancia epidemiológica, RENAVE, (BOE 24/1/1996). Derogó el anterior RD 2050/1982, de 30 de julio, complementario del Reglamento de lucha contra las enfermedades infecciosas. En el Preámbulo de esta norma de 1995 se dice: “Resulta, por ello, necesaria la modificación del actual sistema de notificación de enfermedades, transformándolo en la Red nacional de vigilancia epidemiológica (RENAVE) que mantenga aquellas características cuya bondad es reconocida, tales como la universalidad, la correspondencia entre los niveles de integración y análisis de información con los de intervención. A ello hemos de añadir la necesidad de incorporar las enfermedades emergentes, las nuevas enfermedades susceptibles de control y las nuevas tecnologías de telecomunicación, todo ello dirigido a la detección temprana de los problemas de salud de la población y a la intervención inmediata.

Estas características permitirían la adecuación, a las exigencias de la Unión Europea, del actual sistema de vigilancia epidemiológica al garantizar la coordinación y el intercambio de la información epidemiológica en forma de diagnóstico clínico y microbiológico; la detección de situaciones epidémicas, incluso en enfermedades de baja incidencia; el uso de la información para la acción; el establecimiento de redes de médicos y laboratorios centinelas a partir de la red asistencial del Sistema Nacional de Salud y la aplicación de nuevas tecnologías de telecomunicación.

B) Este mismo R. Decreto 2210/95, se apoya y cita Leyes y Reglamentos precedentes:

la Ley de Bases de Sanidad de 1944; el Reglamento para la lucha contra las enfermedades infecciosas de 26-7-1945 -modificado por RD 2050/1982-; y las más recientes LO 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en Materia de Salud Pública; Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; y el Reglamento Sanitario Internacional de 2005.

C) La Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, (BOE del 17) que modifica los anexos de enfermedades de declaración obligatoria del RD. 2210/1995, de 28 de diciembre, prevé y ordena la “Declaración urgente con envío de datos epidemiológicos básicos”, de enfermedades como la “Gripe humana por un nuevo subtipo de virus” o el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Grave). Esta Orden cita en su preámbulo como fundamentación: “El aumento de los viajes y el comercio internacional, así como la aparición de nuevas enfermedades y reaparición de enfermedades eliminadas o controladas que pueden suponer una emergencia de salud pública de importancia internacional”.

D) La vigencia en España de normativa epidemiológica internacional. Entre otras:

-El Reglamento Sanitario Internacional 2005, en vigor el 15 de junio de 2007, que obliga a los Estados a tener capacidad para detectar, evaluar y notificar eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública. Este Reglamento, en el anexo II, aporta unos criterios para decidir que eventos deben ser notificados a la OMS.

-La Decisión de Ejecución 2012/506/UE de la Comisión, de 8 de agosto de 2012, que modifica la Decisión 2002/253/CE, por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades

transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.

-La Decisión 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013, sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud, que se adapta a los cambios observados en el patrón epidemiológico de las enfermedades transmisibles a nivel internacional, tiene en cuenta los datos científicos más recientes, y facilita a la Comisión y a los Estados miembros el desarrollo de estrategias de intervención en el campo de la vigilancia y la respuesta a estas enfermedades.

2.^a- La existencia de una estructura administrativa sanitaria como la de la citada RENAVE o el Centro nacional de Epidemiología, todo lo amplia y compleja, a nivel orgánico y de personal, que requiere su importancia para, entre otras competencias, el control de epidemias.

Todo lo cual, en suma, lleva a la conclusión de que la aparición de cualquier enfermedad contagiosa epidémica es un acontecimiento previsible y previsto en la normativa y en la Administración Pública española, que en absoluto puede considerarse como caso fortuito ni de fuerza mayor respecto al cumplimiento de las medidas de prevención de riesgos establecidas.

Aplicando los términos de la jurisprudencia antes expuesta, el discutido incumplimiento de las medidas de prevención de riesgos litigiosas no deriva de fuerza mayor, porque no se origina en un acontecimiento externo o ajeno al círculo de la administración sanitaria, absolutamente independiente y extraño a su conocimiento, que sea imprevisible o, siendo previsible, fuese inevitable. Puede ser inevitable - aunque fuera previsible- la epidemia, pero no el cumplimiento de las medidas preventivas del riesgo laboral que conlleva para el personal sanitario, que debe afrontar el tratamiento y cuidado de los afectados con una exposición muy superior al de los demás ciudadanos.

Las normas existentes enunciadas y la organización sanitaria epidemiológica establecida, justifican esta afirmación: la extensión de una epidemia no es, jurídicamente, causa de fuerza mayor que impida el cumplimiento de las medidas de prevención de riesgos para el personal sanitario.

Se desestima, por consiguiente, el Motivo.

DECIMOSEXTO.- En el último Motivo del recurso se denuncia por la Administración empleadora demandada lo que denomina "incongruencia interna de la sentencia" por infracción de lo dispuesto en los arts. 218.1 LEC y art. 97 LRJS, en relación con los arts.

14.2, 15 y 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995 (LPRL).

De la prolija, por larga y cuidadosa, argumentación del Motivo se infiere que el recurso funda su denuncia de incongruencia de la sentencia por extraer conclusiones, respecto a la previsibilidad de contagio en el personal sanitario, que no se sustentan objetivamente en la declaración de hechos probados, dada la cronología de la extensión de la epidemia y las medidas adoptadas por la Administración para la adopción de las medidas preventivas, en especial el acopio de los Equipos de Protección Individual frente a riesgos biológicos.

Entiende la recurrente que la condena que se contiene en el Fallo no se ajusta a los Hechos probados que la fundamentan pues de su lectura se infiere que la Administración fue realizando las gestiones y las compras de material y de EPIs, tal como era posible según la disponibilidad del mercado y las necesidades que se presentaban conforme se iba manifestando temporal y territorialmente la enfermedad.

DECIMOSÉPTIMO.- El Tribunal Constitucional ha fijado, como doctrina consolidada, que "la incongruencia de las decisiones judiciales, entendida como una discordancia manifiesta entre lo que solicitan las partes

y lo que se otorga en aquéllas concediendo más, menos o cosa distinta de lo pedido, puede llegar a vulnerar el derecho a la tutela judicial reconocido en el art. 24 CE, tanto por no satisfacer tal pronunciamiento la elemental exigencia de tutela judicial efectiva que es la de obtener una Sentencia fundada sobre el fondo del asunto sometido al órgano judicial, como por provocar indefensión, ya que la incongruencia supone, al alterar los términos del debate procesal, defraudar el principio de contradicción" (STC 60/1996 de 15-IV), siempre que tal desviación suponga una alteración decisiva de los términos del debate procesal, "substrayendo a las partes el verdadero debate contradictorio y produciéndose un fallo o parte dispositiva no adecuado o no ajustado sustancialmente a las recíprocas pretensiones de las partes" (SSTC 13/1996 de 29-I, 98/1996 de 10-VI, entre otras), constituyendo en definitiva una posible causa de lesión del derecho de defensa (SSTC 1/1987 y 189/1995, entre otras)".

La Sala de lo Social del TS (S de 23-1-2019, r. 3193/16) declara que la exigencia de congruencia en el proceso laboral resulta de la aplicación del art. 359 de la supletoria LEC, según el cual las sentencias deben ser congruentes con las demandas y con las demás pretensiones deducidas oportunamente en el pleito, y que la incongruencia supone confrontar la parte dispositiva de la sentencia con el objeto del proceso delimitado por sus elementos, subjetivos y objetivos, causa de pedir y "petitum", si bien tal confrontación no significa una conformidad rígida y literal con los pedimentos de los suplicios de los escritos (STS/IV 4-III-1996), bastando que el fallo se adecue sustancialmente a lo solicitado, pues además, en el proceso laboral el principio dispositivo tiene menos rigor que en el civil, por lo que no es incongruente que el Juez Social aplique por derivación las consecuencias legales de una petición, aunque no hayan sido solicitadas expresamente por las partes, si vienen impuestas por normas de derecho necesario o, que se concedan efectos no pedidos por las partes siempre que se ajusten al objeto material del proceso (fundamentalmente, STS/IV 16-II-1993); aunque si que existe incongruencia si se alteran "de modo decisivo los términos en que se desarrolla la contienda, substrayendo, a las partes, el verdadero debate contradictorio propuesto por ellas, con merma de sus posibilidades y derecho de defensa, y ocasionando un fallo no ajustado sustancialmente a las recíprocas pretensiones de las partes" (STS/IV 1-II-1993)".

La STC 169/2013, de 7 de octubre, reitera: "...la congruencia o incongruencia de una Sentencia ha de estimarse mediante la confrontación de la parte dispositiva con los términos en que en las demandas o en los escritos fundamentales del pleito se configuran las acciones o las excepciones ejercitadas".

DECIMOCTAVO.- La también larga y cuidadosa sentencia recurrida se extiende, posiblemente en exceso, tanto en el detalle noticioso de las fechas de aparición y extensión de la pandemia, como de las existencias materiales y de las medidas adoptadas por la Administración sanitaria de la provincia de Teruel para cubrir progresivamente las necesidades de material médico y de protección del personal.

Ha de tenerse en cuenta, sin embargo, que este proceso de conflicto colectivo no tiene por objeto enjuiciar la gestión de la Administración sanitaria durante los primeros meses de la epidemia, sino solo si, ante su aparición en la provincia de Teruel, el personal sanitario contaba con los medios de protección, principalmente los EPIs a que se refiere la demanda, y demás medidas de prevención que requiere la ley y las normas que la desarrollan, en relación con el riesgo de contagio que implicaba el oportuno tratamiento médico de las personas afectadas.

No se enjuicia pues aquí la gestión sanitaria de la epidemia sino el cumplimiento de las medidas legales preventivas a que obliga la ley para el personal sanitario ante el riesgo de contagio.

Como dice la Sentencia de la Sala de lo Social del TSJ del País Vasco, de 1-7-2020 (r.

12/20), dictada en conflicto colectivo con el mismo objeto que el presente, “pese a que hayan podido existir problemas de abastecimiento en determinados periodos (lo que no es negado por Osakidetza) los mismos han venido asociados a la carencia de material a distribuir y no a una gestión que pueda ser tachada de insuficiente o antijurídica”.

Pero aún añadimos más: no se trata solo de que tras la presentación de la enfermedad deba comenzar la distribución de material de protección, sino que las normas de prevención de riesgos obligan a tener preparado previamente un material de protección para el personal sanitario, en cantidad y con características suficientes como para que al menos sirva para afrontar debidamente el riesgo en las primeras fases del contagio.

DECIMONOVENO.- Las normas legales de previsión de riesgos laborales obligan a tener prevista y preparada la respuesta sobre protección adecuada del personal sanitario ante la probabilidad de una pandemia como la iniciada a principios de 2020, sea mediante una inversión sostenida en medios materiales sea mediante la disponibilidad de un sistema que garantice la inmediatez de la respuesta, preventiva y protectora, ante la aparición efectiva del riesgo (principio de precaución, art. 3 Ley 33/11, de Salud Pública).

Esta Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE del 5), de aplicación tanto a las Administraciones públicas como a las empresas privadas, “en coherencia - dice el Preámbulo- con lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales”, dispone en su art. 32:

“La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo”.

El art. 4.2.d) del Estatuto de los Trabajadores, establece que “en la relación de trabajo, los trabajadores tienen derecho... a su integridad física y a una adecuada política de prevención de riesgos laborales”, derecho que ratifica el art. 19.1 de la misma Ley diciendo: “El trabajador, en la prestación de sus servicios, tendrá derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo”.

A su vez, la LPRL define la “prevención” como el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo; como “riesgo laboral” la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo (para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo); como “daños derivados del trabajo” las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo; Y como “riesgo laboral grave e inminente” aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores (en el caso de exposición a agentes susceptibles de causar daños graves a la salud de los trabajadores, se considerará que existe un riesgo grave e inminente cuando sea probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato una exposición a dichos agentes de la que puedan derivarse daños graves para la salud, aun cuando éstos no se manifiesten de forma inmediata) (STSJ del PV cit. 1-7-2020).

Y establece en su art. 14: “Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales. Este deber de protección constituye,

igualmente, un deber de las Administraciones públicas respecto del personal a su servicio. En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. El empresario desarrollará una acción permanente de seguimiento de la actividad preventiva con el fin de perfeccionar de manera continua las actividades de identificación, evaluación y control de los riesgos que no se hayan podido evitar y los niveles de protección existentes y dispondrá lo necesario para la adaptación de las medidas de prevención señaladas en el párrafo anterior a las modificaciones que puedan experimentar las circunstancias que incidan en la realización del trabajo”.

El R. Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, establece las disposiciones mínimas aplicables a las actividades en las que los trabajadores estén o puedan estar expuestos a agentes biológicos debido a la naturaleza de su actividad laboral. Incluye entre los Agentes biológicos a microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad, y considera en el grupo 4 a “aquél que causando una enfermedad grave en el hombre supone un serio peligro para los trabajadores, con muchas probabilidades de que se propague a la colectividad y sin que exista generalmente una profilaxis o un tratamiento eficaz”. Dispone, en su art. 7: “En todas las actividades en las que exista riesgo para la salud o seguridad de los trabajadores como consecuencia del trabajo con agentes biológicos, el empresario deberá adoptar las medidas necesarias para: b) Proveer a los trabajadores de prendas de protección apropiadas o de otro tipo de prendas especiales adecuadasd) Disponer de un lugar determinado para el almacenamiento adecuado de los equipos de protección y verificar que se limpian y se comprueba su buen funcionamiento, si fuera posible con anterioridad y, en todo caso, después de cada utilización, reparando o sustituyendo los equipos defectuosos antes de un nuevo uso”.

Y añade: “2. Los trabajadores dispondrán, dentro de la jornada laboral, de diez minutos para su aseo personal antes de la comida y otros diez minutos antes de abandonar el trabajo. 3. Al salir de la zona de trabajo, el trabajador deberá quitarse las ropas de trabajo y los equipos de protección personal que puedan estar contaminados por agentes biológicos y deberá guardarlos en lugares que no contengan otras prendas. 4. El empresario se responsabilizará del lavado, descontaminación y, en caso necesario, destrucción de la ropa de trabajo y los equipos de protección a que se refiere el apartado anterior, quedando rigurosamente prohibido que los trabajadores se lleven los mismos a su domicilio para tal fin. Cuando contratase tales operaciones con empresas idóneas al efecto, estará obligado a asegurar que la ropa y los equipos se envíen en recipientes cerrados y etiquetados con las advertencias precisas.

El R. Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual, establece las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para la elección, utilización por los trabajadores y mantenimiento de los equipos de protección individual, que les proteja de los riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, y que deberán utilizarse cuando existan riesgos para la seguridad o salud de los trabajadores que no hayan podido evitarse o limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo.

El empresario, establece el art. 3 de esta norma, está obligado, entre otras cosas, a determinar los puestos de trabajo en los que deba recurrirse a la protección individual y precisar, para cada uno de estos puestos, el riesgo o riesgos frente a los que debe ofrecerse protección, las partes del cuerpo a proteger y el tipo de equipo o equipos de protección individual que deberán utilizarse; elegir los equipos de protección

individual, manteniendo disponible en la empresa o centro de trabajo la información pertinente; proporcionar gratuitamente a los trabajadores los equipos de protección individual que deban utilizar, reponiéndolos cuando resulte necesario.

La STS de 30-6-2010 (rcud 4123/08), señala que "La deuda de seguridad que al empresario corresponde determina que, actualizado el riesgo, para enervar su posible responsabilidad el empleador ha de acreditar haber agotado toda diligencia exigible, más allá -incluso- de las exigencias reglamentarias."... "la obligación del empresario alcanza a evaluar todos los riesgos no eliminados y no sólo aquellos que las disposiciones específicas hubiesen podido contemplar expresamente (arts. 14.2, 15 y 16 LPRL), máxime cuando la generalidad de tales normas imposibilita prever todas las situaciones de riesgo que comporta el proceso productivo".

Y la STS de 11-12-2018 (rcud 1653/16), recopilando jurisprudencia, añade que "el Estatuto de los Trabajadores genéricamente consagra la deuda de seguridad como una de las obligaciones del empresario, al establecer el derecho del trabajador "a su integridad física" (art. 4.2.d) y a "una protección eficaz en materia de seguridad e higiene" (art. 19.1). Obligación que más específicamente y con mayor rigor de exigencia desarrolla la LPRL, cuyos rotundos mandatos contenidos en los arts. 14.2, 15.4 y 17.1 LPRL, determinaron que se afirmase que el deber de protección del empresario es incondicionado y, prácticamente, ilimitado y que deben adoptarse las medidas de protección que sean necesarias, cualesquiera que ellas fueran (STS de 8- 10-2001, rcud 4403/00)".

Por todo lo cual, la ya citada del TSJ del País Vasco de 1-7-2020, concluye: "partiendo de que la exposición en el trabajo al COVID-19 merece la calificación de riesgo laboral grave e inminente por ser probable racionalmente que sus efectos se materialicen en un futuro y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores, aunque no se manifieste de forma inmediata (art. 4.4 LPRL), que los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo con el correlativo deber del empresario o de la administración de protección de los trabajadores o del personal a su servicio frente a los riesgos laborales (art. 14.1 LPRL), que el empresario debe de adoptar las medidas necesarias con el fin de que los equipos de trabajo sean adecuados para el trabajo realizado de forma que garanticen la seguridad de la salud y la seguridad de los trabajadores, proporcionándoles al efecto los EPIs adecuados (art.

17 LRPL), y estando el empresario obligado más específicamente, en el caso de los agentes biológicos susceptibles de originar cualquier tipo de infección (como ocurre con el COVID-19), a garantizar una vigilancia adecuada y específica de la salud de los trabajadores conforme a los protocolos y pautas que determinen las autoridades sanitarias tanto antes de la exposición, a intervalos regulares en lo sucesivo con pruebas eficaces de detección precoz, como cuando sea necesario por haberse detectado en el trabajador una infección o enfermedad que pueda deberse a la exposición del agente biológico (art. 8.1 del RD 664/1997), en virtud de los incumplimientos en materia de prevención..." VIGÉSIMO.- Respecto al cumplimiento por la sentencia recurrida de las normas de carga y valoración de la prueba, es fundamental, en este caso, tener presente lo dispuesto en el art. 96.2 de la LRJS:

"En los procesos sobre responsabilidades derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales corresponderá a los deudores de seguridad y a los concurrentes en la producción del resultado lesivo probar la adopción de las medidas necesarias para prevenir o evitar el riesgo, así como cualquier factor excluyente o minorador de su responsabilidad. No podrá apreciarse como elemento exonerador de la responsabilidad la culpa no temeraria del trabajador ni la que responda al ejercicio habitual del trabajo o a la confianza que éste inspira".

De lo que se infiere que -siendo la causa del conflicto el riesgo del personal sanitario demandante de contraer una enfermedad profesional- es la Administración sanitaria demandada la que debe demostrar “la adopción de las medidas necesarias para prevenir o evitar el riesgo”, inminente y grave, de un posible contagio del virus productor de la enfermedad Covid-19, de su personal sanitario en la provincia de Teruel.

VIGESIMOPRIMERO.- En los Autos del Tribunal Supremo (Sala 3.ª) de 25 y 313/20, en los que, sobre medida cautelar instada en procedimiento de protección jurisdiccional de los derechos fundamentales, para que requiriese al Ministerio de Sanidad la provisión a todos los hospitales de España de medios de protección para el personal sanitario frente al coronavirus, se acepta como hecho notorio que el personal sanitario no cuenta con todos los medios necesarios para prestar, debidamente protegido, su trabajo decisivo ante la pandemia del coronavirus.

En igual sentido, la Sala de lo Social de la Audiencia Nacional, al resolver el 6-4-2020 sobre medidas cautelares frente al coronavirus (Autos 97/29, 98/29 y 100/20), declara que es un hecho absolutamente notorio la escasez de equipos de protección individual para todos los colectivos sujetos a riesgo de contagio.

En el proceso que ahora resolvemos, por otro lado, admite la recurrente, en el último párrafo de su escrito de recurso, que “puede ser cierto que al principio de la importante crisis sanitaria haya habido cierta escasez de EPIs para la protección de los sanitarios, dada la situación de desabastecimiento que se ha vivido a nivel mundial”.

La sentencia, en sus Hechos Probados Octavo y ss, expone las necesidades de equipo de protección individual por paciente y día, de cada profesional sanitario; señala también el número de profesionales existentes en la plantilla de la provincia; y a lo largo de los Hechos Décimo a Decimotercero hace una amplia exposición de adquisiciones y de material almacenado destinado al uso del personal y a la atención de los pacientes de cada centro sanitario y de Residencias de mayores y otros centros del IASS de la provincia.

De estos heterogéneos e incluso abigarrados datos, expuestos en esos Hechos del relato, no es posible concluir, con precisión numérica, la insuficiencia o suficiencia de dichos equipos de protección del personal sanitario en el momento o fase inicial de la existencia del riesgo, es decir, los primeros meses, enero y febrero, del año 2020, que es cuando debían existir como medida preventiva y de protección legalmente exigida, ante una posibilidad de riesgo, siempre existente, pero ya advertida como probable e inminente en esas fechas.

Pero el contenido del Hecho Decimocuarto ilustra ampliamente acerca de que la propia Administración empleadora reconocía su insuficiencia o escasez: correos electrónicos, en febrero, del Director General del IASS, alertando de la escasez de EPIs; autoridades que en abril siguiente reconocieron falta de material de protección para el personal sanitario; informe del SAS, en el que se indica la insuficiencia de EPIs, por el desabastecimiento del mercado nacional, a partir de febrero de 2020.

VIGÉSIMOSEGUNDO.- Concluyendo: hay que tener en cuenta, y es decisivo para decidir el conflicto, que corresponde la carga de la prueba a la Administración empleadora, conforme a la ya citada regla de inversión establecida en el art. 96.2 de la ley procesal social.

De forma que, no probada la suficiencia de las medidas preventivas para el riesgo biológico existente desde principios de 2020 en el ámbito personal y territorial de este litigio, procede desestimar el Motivo y con él, el recurso, confirmando la sentencia de instancia, por incumplimiento por la Administración sanitaria de la obligación de dotación de equipos de protección individual al personal sanitario de la provincia de

Teruel, condenándola a adoptar las medidas legales de prevención de riesgos oportunas para evitar riesgos en su derecho fundamental a la integridad física y la vida.

VIGÉSIMOTERCERO.- De acuerdo con lo establecido sobre costas del recurso de suplicación en el art. 235.2 de la LRJS, no se hace expresa imposición de costas, por no apreciar la Sala temeridad ni mala fe en la interposición del recurso.

En atención a lo expuesto, dictamos el siguiente

FALLO

Desestimamos el recurso de suplicación n.º 353 de 2020, ya identificado antes, y, en consecuencia, confirmamos la sentencia recurrida. Sin condena en costas.

Notifíquese esta resolución a las partes con la advertencia de que:

- Contra la misma pueden preparar recurso de casación para unificación de doctrina ante el Tribunal Supremo por conducto de esta Sala de lo Social en el plazo de diez días desde la notificación de esta sentencia.
- El recurso se preparará mediante escrito, firmado por Letrado y dirigido a esta Sala, con tantas copias como partes recurridas y designando un domicilio en la sede de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, a efectos de notificaciones.
- En el caso de que quien pretendiera recurrir no ostentara la condición de trabajador o beneficiario del régimen público de Seguridad Social, o no gozase del beneficio de justicia gratuita, deberá, al momento de preparar el recurso y en el plazo de diez días señalado, consignar la cantidad objeto de condena o formalizar aval bancario por esa cantidad en el que se haga constar la responsabilidad solidaria del avalista; y que al momento de formalizar el recurso de casación, deberá acompañar resguardo acreditativo de haber depositado la cantidad de 600 euros, en la cuenta de este órgano judicial abierta en el Banco Santander, debiendo hacer constar en el campo "observaciones" la indicación de "depósito para la interposición de recurso de casación".

Así, por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos