

## OFICIO

FECHA: Fecha firma electrónica

ASUNTO: Remisión de informe de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e innovación del Ministerio de Sanidad, en cumplimiento de la Sentencia de fecha 19 de septiembre de 2024 dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid en el Procedimiento Ordinario 574/2023.

DESTINATARIO: [REDACTED] DABOUZA

NIF: [REDACTED]

CORREO ELECTRÓNICO: [REDACTED]

En cumplimiento de lo acordado por **Sentencia de fecha 19 de septiembre de 2024 dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid en el Procedimiento Ordinario 574/2023**, la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud le remite en archivo adjunto en formato PDF el **informe elaborado por la entonces Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad**, donde se incluían los criterios científicos sobre los que se asentaron tanto la declaración del estado de alarma como las medidas de confinamiento adoptadas.

**Este informe fue aportado por la Abogacía del Estado**, según consta en el Antecedente 5.b), párrafo 2º, de la Sentencia 148/2021 del Tribunal Constitucional de 14 de julio de 2021, como adjunto a su escrito de alegaciones del 5 de julio de 2020, en el **Recurso de Inconstitucionalidad 2054-2020**, presentado por el Grupo Parlamentario VOX en relación a diversos Reales Decretos del año 2020, todos ellos vinculados a la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Lo que se remite a los efectos oportunos.

Madrid, a fecha de firma electrónica

EL DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD

PEDRO GULLÓN TOSIO

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud  
[dgsp@sanidad.gob.es](mailto:dgsp@sanidad.gob.es)

Paseo del Prado, 18-20  
28071 Madrid





**INFORME DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN, DE FECHA DE 29 DE JUNIO DE 2020, EN RELACIÓN CON EL RECURSO DE INCONSTITUCIONALIDAD NÚMERO 2054-2020, PROMOVIDO POR EL GRUPO PARLAMENTARIO VOX EN EL CONGRESO, CONTRA LOS ARTS. 7, 9, 10 Y 11 DEL REAL DECRETO 463/2020, DE 14 DE MARZO; REAL DECRETO 465/2020, DE 17 DE MARZO; REAL DECRETO 476/2020, DE 27 DE MARZO; REAL DECRETO 487/2020, DE 10 DE ABRIL; REAL DECRETO 492/2020, DE 24 DE ABRIL Y ORDEN SND/298/2020, DE 29 DE MARZO**

---

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre los primeros casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan, incluyendo siete casos graves. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus denominado SARS-CoV-2<sup>1</sup>. El jueves día 30 de enero de 2020, se celebró la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (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. Por recomendación del Comité, el Director general de la OMS declaró el brote de nuevo coronavirus 2019 (n-CoV) en la República Popular de China una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ES-PH). El día 11 de marzo, la OMS, declaró el COVID-19 como una pandemia mundial, que se produce cuando una enfermedad infecciosa se propaga en los humanos a lo largo de un área geográfica extensa que puede llegar a afectar a muchos países. Desde el inicio de la pandemia a fecha de 20 de junio se han notificado más de 8 millones de casos en todo el mundo y alrededor de 240.000 casos en España. De ellos han fallecido casi 500.000 personas a nivel mundial y más de 28.000 fallecidos a nivel nacional.

En España, el día 7 de enero, se activó el sistema de comunicación de Alertas y Respuesta Rápida para informar a las comunidades autónomas y a partir del día 13 de enero se empezó a actualizar diariamente la información relacionada con este evento. La Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta, realizó el primer protocolo para el manejo de posibles casos sospechosos en España, que fue publicado en la web del Ministerio de Sanidad el 23 de enero.

Los dos primeros casos de COVID-19 en el país se detectaron en La Gomera (Canarias) y Mallorca (Baleares) el 31 de enero y el 9 de febrero de 2020 respectivamente. Ambos casos se relacionaron con agrupaciones de casos identificadas en Alemania y Francia. Durante el 22 y 23 de febrero Italia declaró 129 casos positivos para COVID-19. Hasta entonces se habían notificado previamente en la Unión Europea y Reino Unido 45 casos en 8 países

---

<sup>1</sup> Informe de Información científico-técnica del Ministerio de Sanidad de 18 mayo 2020.



relacionados con agrupaciones bien identificadas, de los 45 casos, 28 eran secundarios a otros casos conocidos: 14 en Alemania, 7 en Francia, 5 en Reino Unido y 2 en España.

Fue a partir de entonces cuando se empezaron a identificar en España casos relacionados con personas con antecedente de viaje a Italia, además de los casos relacionados con viajes a China. El 24 de febrero se identificó el primer caso en España de Covid-19 proveniente de Italia y asociado a este caso se confirmaron otros 4 casos.

El 27 de febrero la definición de caso en investigación se amplió a personas procedentes de las áreas geográficas en la que se hubiera detectado transmisión comunitaria basándose en los informes del ECDC (Centro Europeo para Control y Prevención de Enfermedades) y la OMS. La mayoría de los casos que se identificaron en España en esos momentos eran casos en los que se podía identificar el origen de la infección, así como todos los contactos posibles, para controlarlos. Había escasos focos en los que no parecía encontrarse el origen como el de Torrejón de Ardoz en Madrid.

El 2 de marzo se habían registrado 114 casos y durante esa semana fueron aumentando, si bien la trazabilidad de la infección era conocida en la mayoría de ellos. En esos momentos había coincidencia tanto por parte de los expertos como de las comunidades autónomas en estar en escenario de contención y así se estableció en las reuniones del Consejo Interterritorial celebrados los días 1 y 5 de marzo. En la misma línea, el informe del ECDC con fecha de 2 de marzo<sup>2</sup>, señala que la mayoría de países europeos, a excepción de Italia, se encontraban en ese momento en lo que denominaban fase inicial, con casos importados y transmisión local limitada. Hasta el 2 de marzo en la UE/EEE, el Reino Unido, San Marino, Mónaco y Suiza se habían notificado 2199 casos y 38 fallecidos. Representando Italia el 75% de los casos (n=1689) y el 92% de las muertes (n=35). El día 5 de marzo había en España 237 casos y 3 fallecidos mientras que en Italia se tenía 3.089 casos y 107 fallecidos.

El mayor cambio se produjo del 8 al 9 de marzo del 2020, donde se pasó de 527 casos notificados en toda España a 999 casos. En las semanas posteriores el aumento se hizo evidente, dando indicios de que la transmisión estaba más instaurada de lo esperado, duplicando los casos en dos días (de 999 casos a 2128 casos). El miércoles 11 se cambia la definición de caso para incluir, no solo, a todas la infecciones respiratorias agudas (IRA) con antecedente de haber estado en una zona con evidencia de transmisión comunitaria o contacto estrecho con un caso probable o confirmado en los 14 días previos, sino también a las IRA de vías bajas que requiere hospitalización (con patrón bilateral intersticial/ en vidrio deslustrado o infiltrados bilaterales alveolares con síndrome de distrés respiratorio agudo o Infiltrado unilateral multilobar) con el objetivo de detectar los casos que requirieran hospitalización aun sin tener ningún vínculo con áreas de riesgo.

<sup>2</sup> <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-increase-transmission-globally-COVID-19.pdf>



Entre los días 7 y 10 de marzo se recopiló información de las CCAA sobre la caracterización epidemiológica de los casos para determinar si eran casos asociados a agrupaciones identificadas y controladas o casos esporádicos sin vínculo epidemiológico claro. Diez CCAA fueron capaces de ofrecer esta información reflejando entre un 2,5% (La Rioja) y 28% (Asturias) de casos sin vínculo epidemiológico, es decir, sin conocimiento de dónde se habían contagiado. Cinco CCAA refirieron casos importados de la Comunidad de Madrid sin que éstos pudieran relacionarse con agrupaciones identificadas. La ausencia de vínculo epidemiológico conocido en un número considerable de casos refleja la presencia de transmisión comunitaria y por tanto una dificultad para realizar un adecuado control y manejo de casos y contactos y por tanto para reducir dicha transmisión.

Del 11 al 13 de marzo se volvió a duplicar el número de casos notificados, pasando a 4207 casos notificados, lo que hizo evidente la transmisión comunitaria y la necesidad de instaurar medidas radicales que frenen el ascenso exponencial de casos. El estado de alarma se aprueba en Consejo de Ministros el 14 de marzo, con 5898 casos notificados al Ministerio de Sanidad, y se inicia el 15 de marzo, pasando entonces a 7.767 el domingo (habiéndose multiplicado por 7,7 el número de casos detectados en una semana). En cuanto al número de fallecidos por COVID-19, el lunes 9 se habían notificado 16 fallecidos (50% de los cuales habían sido notificados por Madrid) y el domingo siguiente 288 fallecidos (valor 18 veces mayor al del lunes), 213 de estos fallecimientos (74%) fueron notificados por la Comunidad de Madrid.



Gráfico 1. Número de casos de COVID-19 notificados en la Comunidad de Madrid

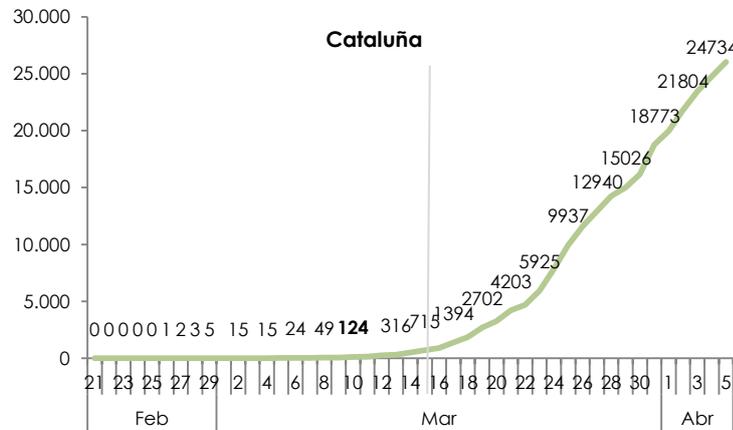


Gráfico 2. Número de casos de COVID-19 notificados en la Comunidad de Cataluña



Gráfico 3. Número de casos de COVID-19 notificados en España

Según la evidencia científica<sup>3</sup> disponible la transmisión se produce a partir de secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 1 o 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. Se ha demostrado, en condiciones experimentales, la viabilidad de SARS-CoV-2 durante tres horas en aerosoles, con una semivida media de 1,1 horas (IC 95% 0,64-2,64). El SARS-CoV-2 tiene una alta transmisibilidad (demostrada incluso en sujetos asintomáticos y de lo que no se disponía de evidencia al inicio al comparar con el comportamiento de otros coronavirus anteriores similares como el MERS o el SARS-CoV-1). El número básico de reproducción R0, es decir, el promedio de casos secundarios producidos a partir un caso se estimó en los primeros estudios en Wuhan entre 2-3 en los primeros meses de la epidemia. Dos revisiones de la literatura científica que recogen un total de 32 estudios de diversas me-

<sup>3</sup> Ministerio de Sanidad de España- CSIC. Informe sobre filtros de aire en diferentes sectores industriales y posibilidad de eliminación del virus SARS-COV2 (29 abril 2020)



todologías, estiman valores de  $R_0$  de entre 1,5 y 6,5 durante la epidemia en Wuhan, en Italia la  $R_0$  se ha estimado en el mismo rango de valores. Al ser un virus recientemente identificado no hay inmunidad preexistente en la población y se supone que todas las personas son susceptibles de contagio. Esto hace necesario establecer una serie de medidas para evitar la rápida propagación y reducir los riesgos en lugares con potencial de contagio como los espacios cerrados y espacios públicos donde se pueden producir concentraciones de personas.

Los síntomas de COVID-19 varían de no síntomas (asintomáticos) a neumonía severa y pueden conducir a la muerte. La evidencia de los análisis de casos notificados hasta la fecha es que la infección por COVID-19 causa una enfermedad leve (es decir, no neumonía o neumonía leve) en aproximadamente el 80% de los casos y la mayoría de los casos se recuperan, el 14% tiene una enfermedad más grave y el 6% experimenta una enfermedad crítica. La mayoría de las enfermedades y muertes más graves se han producido entre los grupos vulnerables que son en este caso, los ancianos y las personas con otras enfermedades crónicas o con condiciones de fragilidad subyacentes.

Hasta que una vacuna o un tratamiento efectivo estén disponibles, la estrategia de prevención del COVID-19, tanto a nivel nacional como internacional, se basa en el control de la expansión de la epidemia reduciendo la transmisión de la enfermedad mediante la disminución de la exposición al contagio a través de intervenciones no farmacológicas. Así, las principales medidas para conseguir esa disminución de la transmisión es actuar sobre los factores de riesgo de contagio, a través, fundamentalmente de la introducción de medidas de distanciamiento social, de la limitación de la movilidad y otras medidas de higiene y prevención, imprescindibles ante una situación de transmisión comunitaria descontrolada. De hecho, se ha observado en diferentes estudios cómo las medidas de salud pública y de distanciamiento social tomadas tanto en China como en Italia tuvieron un impacto directo en la disminución de  $R_0$ .

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió cuatro escenarios de transmisión para describir la dinámica de la epidemia: ningún caso notificado (sea porque realmente no hay casos o porque no se detectan); casos esporádicos; conglomerados de casos; y transmisión comunitaria. En base a estos escenarios se proponen diferentes opciones de actuaciones no farmacológicas, que deben ir adaptándose a las situaciones cambiantes y la evidencia disponible en cada momento y zona geográfica afectada.

El 12 de marzo, el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) instaba en su informe<sup>4</sup> a los países de la Unión Europea, en base a la probabilidad de transmisión comunitaria y el impacto de la enfermedad, de la necesidad de implementar medidas de salud pública para mitigar el impacto de la pandemia, y específicamente recomendaba implementar medidas de distanciamiento social y cordón sanitario ante altos niveles de

<sup>4</sup> <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-novel-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-increased>



transmisión comunitaria con el fin de interrumpir las cadenas de transmisión de persona a persona, evitar una mayor propagación, reducir la intensidad de la epidemia y ralentizar el aumento de casos para permitir que el sistema sanitaria pudiera enfrentar la gran influencia de pacientes. Siguiendo estas recomendaciones y ante la rápida evolución de la situación, tanto a nivel nacional como internacional, el Consejo Interterritorial acordó extender las medidas de contención reforzada al conjunto de España ese mismo día.

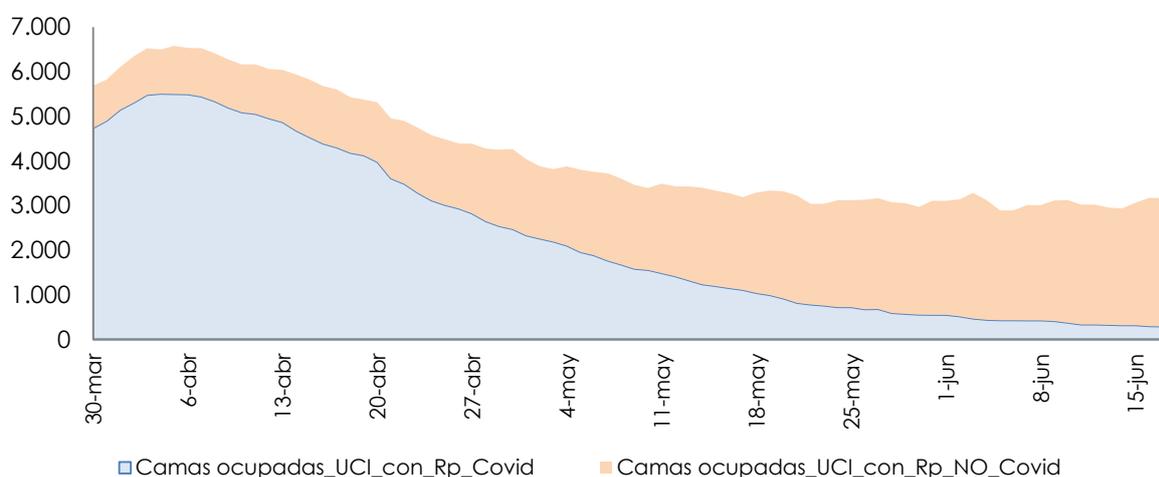
Posteriormente, atendiendo al número de casos de COVID-19 creciente en todo el territorio, a las características epidemiológicas de los mismos, la ausencia de cadenas claras de transmisión que evidenciaban la posibilidad de una transmisión comunitaria sostenida, la necesidad de homogeneizar las medidas de control implementadas en los diferentes territorios y de controlar la movilidad, principal factor de diseminación de la enfermedad, y con el objetivo fundamental de disminuir el impacto que esta epidemia podía causar en nuestro país, el Consejo de Ministros, con fecha 14 de marzo de 2020, aprobó el Real Decreto 463/2020, y declaró el estado de alarma y el consiguiente confinamiento de la población con el fin de disminuir los contactos efectivos entre los ciudadanos y frenar la transmisión del virus y disminuir la dispersión geográfica que ya comenzaba a detectarse. En ese momento se habían notificado 5.753 casos acumulados. Los casos continuaron aumentando hasta llegar a su pico máximo el día 25 de marzo (por fecha de diagnóstico de los casos, la fecha de notificación tenía un retraso de unos días más) con 9.253 casos diagnosticados en un solo día. Teniendo en cuenta que el periodo de incubación del virus es de hasta 14 días la mayoría de los casos detectados en los 11 días posteriores corresponderían a contagios ocurridos con anterioridad al inicio del confinamiento. A partir de entonces el número de casos empezaron a disminuir siguiendo una tendencia descendente constante que se observaría unos días después. Sin embargo, el máximo de ocupación de camas hospitalarias y sobretodo de camas de UCI se esperaba unos días más tarde. La hospitalización se produce tras un periodo de enfermedad y el ingreso en UCI, si se requiere, se produce aún más tarde. Además, la estancia hospitalaria y en las UCIs se alargaba hasta los más de 20 días, por lo que incluso con un control inicial de la transmisión la superación de las capacidades del sistema asistencial seguía siendo un riesgo grave.

Dada la situación de riesgo de colapso del Sistema Nacional de Sanidad se decidió incrementar las medidas de restricción de movimientos y la posibilidad de contactos con el cese total de actividad, lo cual fue apoyado por los modelos matemáticos predictivos que indicaban que un aumento de las medidas de restricción de la movilidad podía disminuir de una manera significativa el impacto sobre las Unidades de Cuidados Intensivos. Por ello, en ese periodo hubo un cese de toda la actividad no esencial durante 8 días, entre los días 30 de marzo y 8 de abril, a través de un permiso retribuido recuperable, coincidiendo la segunda semana con Semana Santa, lo que hizo reducir la movilidad en los días laborables de alrededor de un 65% que se venía observando desde la declaración del estado de alarma hasta un 80-85% que era el objetivo y lo que se venía observando los fines de semana.



A día 30 de marzo, la ocupación de las UCI en España era del 76% de las unidades con respirador, 83% de ellas a expensas de pacientes con COVID-19 (n= 4734). Estas cifras continuaron aumentando hasta un máximo de 47.035 pacientes hospitalizados en día 2 de abril y un máximo de 6.576 pacientes ingresados en UCI por COVID-19 el día 5 de abril. A partir de este momento, tanto los nuevos casos como los datos de ocupación de centros sanitarios por pacientes COVID-19 han continuado en descenso, por lo que se han suavizado y retirado un gran número de las medidas restrictivas aplicadas en todo nuestro territorio.

Ocupación y demanda asistencial UCI (con respirador) por Covid-19. España  
Fuente: datos agregados CCAA (SGS)



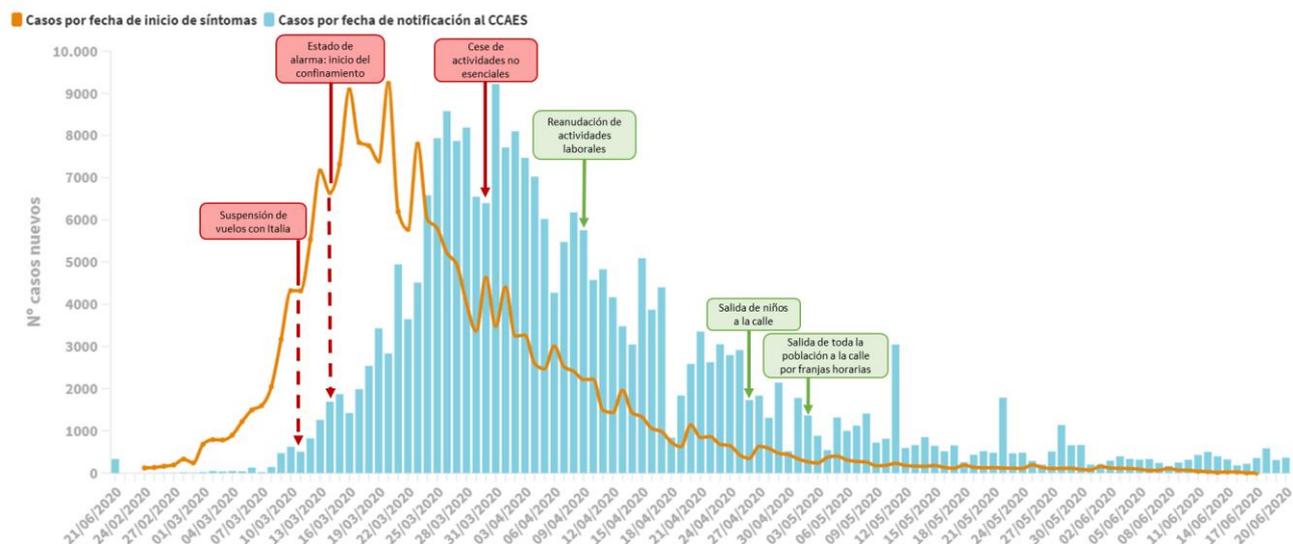
Ante esta situación, durante la fase inicial del estado de alarma decretado en todo el territorio nacional y con el objetivo de disminuir o interrumpir la transmisión del COVID-19 a fin de proteger el derecho a la vida, a la integridad física y a la salud de la población, se limitó la libertad de circulación de las personas a unos supuestos muy específicos, tales como la adquisición de alimentos, productos farmacéuticos y entidades financieras, la asistencia a centros sanitarios, el desplazamiento al lugar de trabajo y residencia y por causa justificada o de fuerza mayor. Con los datos de casos notificados en las semanas siguientes, con el retraso consiguiente, la semana anterior a la declaración del estado de alarma, el ritmo de contagios semanal crecía en España al 35% y cada persona infectada provocaba 3 nuevos contagios, mientras que a finales del mes de abril el incremento semanal de contagios era del 5%, a finales de mayo estaba en 1,5% y actualmente es inferior al 1%.

Con respecto a la evolución de la tasa de incidencia, el número de casos nuevos notificados, a fecha del 5 de marzo se tenía una tasa de 1 caso por cada 250.000 habitantes mientras que el 14 de marzo esa cifra estaba en 12,23 casos/100.000 habitantes. El 25 de marzo la incidencia acumulada (IA) en los últimos 14 días en el total del país era de 80,91 casos



acumulados por 100.000 habitantes, alcanzando el 26 de abril 88,49/100.000 y con un descenso significativo observado el 15 de mayo de 22,77/100.000 y 11,52/100.000 el 7 de junio.

Todos los Estados miembros de la Unión Europea han tomado de una u otra forma, medidas de restricción de movilidad y distanciamiento social para limitar la propagación del virus, basándose en las directrices del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC)<sup>5</sup> y las recomendaciones del Panel Asesor COVID-19 de la Comisión Europea<sup>6</sup>. También la OMS ha avalado que mientras no se disponga de intervenciones farmacéuticas específicas y eficaces para el COVID-19, los países pueden verse en la necesidad de instaurar medidas de salud pública y sociales a gran escala como las medidas de confinamiento mientras dure la pandemia<sup>7</sup>. Así, siguiendo las orientaciones de los organismos de referencia, medidas similares de restricción de la circulación de personas y distancia social han sido progresivamente implementadas en la mayoría de los países de nuestro entorno europeo y del mundo.



En el documento de “Actualización de la Estrategia frente al COVID-19” publicado por la OMS el 14 de abril<sup>8</sup>, específicamente señala que “en países o regiones subnacionales en las cuales se ha establecido la transmisión comunitaria, o que están en riesgo de entrar en dicha fase de la epidemia, las autoridades deben adoptar y adaptar inmediatamente medidas de distanciamiento físico y restricciones de movimiento a nivel de la población además

<sup>5</sup> <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidelines-use-non-pharmaceutical-measures-delay-and-mitigate-impact-2019-ncov>.

<sup>6</sup> <https://www.consilium.europa.eu/media/43076/26-vc-euco-statement-en.pdf>

<sup>7</sup> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting\\_PH\\_measures-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-spa.pdf)

<sup>8</sup> [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020-es.pdf?sfvrsn=86c0929d\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020-es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10)



de otras medidas de salud pública y del sistema sanitario para reducir la exposición y contener la transmisión”. Asimismo, el 18 de marzo, la Unión Europea emitió un documento denominado “COVID-19: recomendaciones de la UE para medidas comunitarias”<sup>9</sup> donde igualmente indica que las medidas de distanciamiento social son uno de los medios más efectivos para contener y retrasar la propagación del virus y dice que “en caso de puntos calientes localizados, la introducción de cuarentenas obligatorias totales [confinamiento] podría ser efectiva”. En ese mismo documento se recomienda que todos los Estados miembros de la UE adopten al menos las siguientes medidas: aislamiento obligatorio de pacientes con COVID-19, autoaislamiento voluntario de poblaciones vulnerables como los ancianos y las personas con condiciones médicas subyacentes como hipertensión, diabetes, cardiovascular enfermedad, enfermedad respiratoria crónica y cáncer, cierre de lugares de encuentro social y cultural como bares, discotecas, restaurantes, cafeterías, museos, teatros, cines, clubes deportivos, etc., cierre de sitios religiosos incluyendo iglesias y cancelación de eventos basados en la fe, cierre de instituciones educativas como escuelas, universidades e institutos de investigación y promover alternativas en línea, cierre de guarderías, limitación de las visitas a poblaciones especiales (centros socio-sanitarios, instituciones psiquiátricas, cárceles), se deben tomar medidas en los lugares de trabajo para promover el teletrabajo, horarios y turnos de trabajo flexibles, distanciamiento físico dentro del espacio de trabajo, reducir el contacto entre empleados y clientes y políticas de licencia flexibles, cancelar todas las reuniones masivas (eventos deportivos, conciertos, festivales, conferencias, comercio, manifestaciones políticas, etc.) y posponer cualquier procedimiento administrativo no esencial.

Una vez la evolución epidemiológica ha sido favorable y lo ha permitido, se han introducido progresivamente medidas de flexibilización para determinadas restricciones sociales, siguiendo las pautas de la “Hoja de Ruta Europea para el levantamiento de las medidas de confinamiento contra el coronavirus”<sup>10</sup> publicado el 15 de abril por la Comisión Europea. Así, el 28 de abril de 2020 el Consejo de Ministros adoptó el Plan para la transición hacia una nueva normalidad que estableció los principales parámetros e instrumentos para salir de las restricciones de una forma gradual y segura. El objetivo fundamental del citado Plan fue, preservando la salud pública, recuperar paulatinamente la vida cotidiana y la actividad económica, minimizando el riesgo que representa la epidemia para la salud de la población y evitando que las capacidades del Sistema Nacional de Salud se puedan desbordar.

Desde la aprobación a partir del 26 de abril de horarios para la salida escalonada a la calle de todos los ciudadanos hasta la reactivación de actividades de ocio como la restauración y el turismo, se han ido sucediendo medidas de desescalada en todo el territorio. A través de la Orden SND/399/2020, de 9 de mayo, se establecieron las condiciones para permitir la movilidad y el contacto social dentro de la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional para la aplicación en la fase 1, que posteriormente fueron aumentadas por la modificación en el BOE número 138 del 16 de mayo de 2020, que autorizaba, entre otros

<sup>9</sup> [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/covid19 - eu\\_recommendations\\_for\\_community\\_measures.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/covid19 - eu_recommendations_for_community_measures.pdf)

<sup>10</sup> [https://ec.europa.eu/info/sites/communication-european-roadmap-lifting-coronavirus-containment-measures\\_es](https://ec.europa.eu/info/sites/communication-european-roadmap-lifting-coronavirus-containment-measures_es)



aspectos, el movimiento dentro de los límites de la provincia o territorio. Por el momento, esta vuelta a actividades de mayor riesgo de contacto estrecho entre la población no ha supuesto un aumento significativo de casos ni de ocupación de recursos sanitarios. Así como se puede ver en el informe correspondiente a la actualización de casos a fecha de 21 de junio de 2020, se habían diagnosticado 141 casos nuevos, con fecha de ingreso en la semana anterior (desde el 13 al 20 de junio) habían ingresado 99 personas en camas de hospitalización de agudos, 5 habían requerido ingreso en UCI y 29 habían fallecido en toda España. Siendo hasta la fecha de 22 de junio de 2020 el número de casos totales de COVID-19 notificados de 246.504 y el total de fallecidos notificados con PCR positiva 28.324. Según un estudio publicado recientemente en la revista científica de referencia *Nature*<sup>11</sup> que estimaba los efectos de las intervenciones no farmacológicas sobre el COVID-19 en Europa, para la fecha del 4 de mayo que en España se habían notificado 25.613 fallecidos, los dos modelos utilizados estimaban entre 450 y 470 mil las muertes evitadas hasta esa fecha.

Por todo ello, las medidas relativas a las restricciones de movilidad y el distanciamiento social adoptadas para afrontar la crisis sanitaria del nuevo virus SARS-CoV-2 en nuestro país, se han ajustado progresivamente de acuerdo a la evolución y situación de la epidemia a nivel nacional y global y el grado de conocimiento científico disponible.

Madrid, 29 de junio de 2020

LA DIRECTORA GENERAL

Pilar Aparicio Azcárraga

---

<sup>11</sup> [https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7\\_reference.pdf](https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7_reference.pdf)