

**TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA
SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO
SECCION CUARTA**

**Autorizaciones o ratificaciones de medidas sanitarias [SND] nº: 4
/000246/2021-**

N.I.G: 46250-33-3-2021-0001853

Ponente:D/Dª MANUEL JOSÉ BAEZA DÍAZ-PORTALES

Demandante/Recurrente: ABOGACIA GRAL. GENERALITAT

Codemandado: MINISTERIO FISCAL

A U T O Nº 299/2021

Ilmos. Sres.:

Presidente:

D. MANUEL-JOSÉ BAEZA DÍAZ-PORTALES

Magistrados:

D. MIGUEL ANGEL OLARTE MADERO

D. MANUEL-JOSÉ DOMINGO ZABALLOS

D. ANTONIO LÓPEZ TOMÁS

En VALENCIA, a veintidós de julio de dos mil veintiuno

Dada cuenta; lo precedente únase, y

H E C H O S

PRIMERO: En fecha 21-7-2021, por la Abogada de la Generalitat -en la representación que ostenta en virtud de lo dispuesto en los artículos 551.3 de la L.O. 6/1985, de 1 de Julio, del Poder Judicial y 7.1 de la Ley 10/2005, de 9 de diciembre, de la Generalitat, de Asistencia Jurídica de la Generalitat- se ha presentado escrito en atención a lo previsto en el art. 10.8 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contenciosa-Administrativa, acuerde la Sala la autorización de las medidas adoptadas en la resolución de la Consellera de Sanidad de 21-7-2021, relativas a la circulación de personas en determinados municipios de la Comunitat Valenciana y a la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados en todo el ámbito de la Comunitat Valenciana, como consecuencia de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19, durante el período de 21 días a contar desde el mismo día de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.

Las medidas contenidas en la Resolución de 21-7-2021, de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, cuya autorización se solicita y que se contienen en los resuelvos primero y segundo de la mencionada Resolución son las siguientes:

"Primero.- Medidas relativas a la circulación de personas

1. Queda limitada la libertad de circulación de las personas en horario nocturno entre la 01:00 y las 06:00 horas en los siguientes municipios:

- En la provincia de Alicante: Alfàs del Pi, Alacant, Banyeres de Mariola, Benidorm, Callosa d'En Sarrià, Callosa de Segura, Calp, Dénia, Gata de Gorgos, La

Nuncia, Muro de Alcoy, Ondara, Pego, Santa Pola, Sant Vicent del Raspeig, Sax, Teulada y Vila Joiosa.

- En la provincia de Castellón: Alcalà de Xivert, Almenara, Benicassim, Borriana, Borriol, Onda, Oropesa del Mar, Peníscola, Torreblanca, Vila-real y Vinaròs.

- En la provincia de Valencia: Albal, Alboraya, Alcàsser, Aldaia, Alfafar, Alginet, Almussafes, Benaguasil, Benetússer, Benifaió, Bétera, Buñol, Burjassot, Canals, Chiva, Foios, Gandía, Godella, L'Elia, L'Olleria, Manises, Massamagrell, Massanassa, Meliana, Mislata, Museros, Oliva, Paiporta, Paterna, Picassent, Poble de Farnals, Poble de Vallbona, Puçol, Puig, Rafelbunyol, Requena, Riba-roja de Túria, Rocafort, Sagunto, Silla, Sueca, Tavernes de la Vallidigna, Turís, Utiel, València, Vilamarxant, Xeraco y Xirivella.

2. Se exceptúa de esta limitación la realización de alguna de las actividades siguientes:

a) Adquisición de medicamentos, productos sanitarios y otros bienes de primera necesidad.

b) Asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios.

c) Asistencia a centros de atención veterinaria por motivos de urgencia.

d) Cumplimiento de obligaciones laborales, profesionales, empresariales, institucionales o legales.

e) Retorno al lugar de residencia habitual tras realizar algunas de las actividades previstas en este apartado.

f) Asistencia y cuidado a mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables.

g) Desarrollo de actividades cinegéticas vinculadas al control de la sobreabundancia de especies cinegéticas que puedan causar daños a los ecosistemas, en los ciclos productivos de la agricultura y la ganadería y en la seguridad vial.

h) Por causa de fuerza mayor o situación de necesidad.

i) Cualquier otra actividad de análoga naturaleza, debidamente acreditada.

j) Repostaje en gasolineras o estaciones de servicio, cuando resulte necesario para la realización de las actividades previstas en los párrafos anteriores.

Segundo.- Medidas relativas a la permanencia de grupos de personas en espacios privados y públicos, en el ámbito de la Comunitat Valenciana

1. Queda limitada la permanencia en domicilios y espacios de uso privado y en espacios de uso público, tanto cerrados como al aire libre, no pudiendo formar grupos de más de 10 personas, salvo que se trate de personas convivientes o salvo que se trate de dos núcleos de convivencia, y sin perjuicio de las excepciones previstas en los siguientes apartados, así como en otros actos administrativos que sean de aplicación.

2. Se exceptúan de las limitaciones establecidas en los apartados anteriores, las siguientes situaciones:

a) Las actividades no profesionales relacionadas con la crianza y los cuidados, como la atención y acompañamiento a personas menores de edad, personas mayores, en situación de dependencia, con diversidad funcional o en situación de especial vulnerabilidad.

b) La convivencia alterna de hijos e hijas con sus progenitores o progenitoras no convivientes entre ellos.

c) El acogimiento familiar de personas menores de edad en cualquiera de sus tipologías.

d) La reunión de personas con vínculo matrimonial o de pareja que viven en domicilios diferentes.

e) Las personas que viven solas, que se podrán incorporar, durante todo el periodo de vigencia de la medida, a otra única unidad de convivencia, siempre que en esta unidad de convivencia solo se incorpore una única persona que viva sola.

3. Tampoco están incluidas en las limitaciones previstas en el apartado anterior, las actividades laborales, las institucionales, las de transporte y las de los centros docentes que imparten las enseñanzas a las que hace referencia el artículo 3 de la Ley Orgánica de Educación, incluida la enseñanza universitaria, ni aquellas actividades para las que se

establecen medidas específicas."

SEGUNDO.- Por diligencia de ordenación de 21-7-2021, se ha dado traslado al Ministerio Fiscal a fin de que, antes de la 11 horas del día 22-7-2021, alegue sobre la petición de la autorización, trámite que ha evacuado en fecha 22-7-2021 no oponiéndose a la autorización solicitada.

TERCERO.- En la deliberación y votación de este expediente, el ponente del asunto, Ilmo Sr. D. Manuel José Domingo Zaballos, manifestó disentir de la mayoría, anunciando la formulación de voto particular. Ante ello, se procedió a designar como nuevo ponente del asunto al Ilmo. Sr. D. Manuel José Baeza Díaz-Portales, que es el que expresa el parecer de la mayoría.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO.- Acto administrativo cuya autorización se insta en esta sede jurisdiccional y posición del Ministerio Fiscal al respecto.

1.1 El concreto acto administrativo que, en este caso, se somete a autorización judicial es la resolución de 21 de julio de 2021, de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se acuerdan medidas relativas a la circulación de personas en determinados municipios de la Comunidad Valenciana, y a la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados en todo el ámbito de la Comunidad Valenciana, como consecuencia de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19, durante el período comprendido entre el 26 de julio y el 16 de agosto de 2021.

Las medidas que incluye tal resolución de la Consellera, dicho sea ahora en síntesis, son las relativas a (i) la limitación, con todo un elenco de excepciones, en la circulación de personas entre las 01.00 horas y las 6.00 horas en determinados municipios de la Comunidad Valenciana; y (ii) la limitación, también con un buen número de excepciones, de las agrupaciones o reuniones de carácter familiar y/o social a un número máximo de 10 personas, tanto en espacios públicos como privados, salvo que se trate de personas convivientes o que se trate de dos núcleos de convivencia.

1.2 En lo que se refiere a las precitadas medidas, el Ministerio Fiscal ha manifestado no oponerse a la autorización de las mismas "habida cuenta que han sido adoptadas por Autoridad competente dentro del ámbito de sus competencias, amparadas por una norma con rango legal, que persiguen un fin constitucionalmente legítimo, defensa de la salud pública, la integridad física y la salud de la población, siendo de carácter urgente, existiendo la necesaria proporcionalidad de las medidas, ya que suponen limitación de derechos fundamentales, y han sido debidamente motivadas, por cuanto son idóneas y necesarias para los fines que se pretenden a la vista del informe técnico aportado que analiza la evolución de los contagios y motivan su duración como los demás informes aportados".

Dicho informe contiene un importante y depurado esfuerzo argumentativo y valorativo, resultando concordante con lo que en sucesivos razonamientos jurídicos vamos a desarrollar en relación con relevantes aspectos jurídicos imbricados en el tema que nos ocupa. Particularmente, el informe incide en la diferencia entre lo que es limitación y lo que es suspensión de derechos fundamentales (razonando el por qué en este caso estamos ante limitación y no suspensión de derechos), el amparo legal de las medidas adoptadas y

la proporcionalidad de las mismas (razonando individualizadamente el triple juicio de idoneidad, necesidad y proporcionalidad en sentido estricto).

SEGUNDO.- Referencia a (i) nuestro auto número 271/2021, -de 12 de julio-, (ii) la reciente doctrina jurisprudencial acerca de los presupuestos y requisitos necesarios para la adopción de medidas como el denominado “toque de queda” o el máximo de personas en las reuniones familiares y sociales, y (iii) la recientísima sentencia del Tribunal Constitucional de 14 de julio de 2021, cuyo contenido se ha dado a conocer hace apenas dos días.

2.1 La referencia a nuestro auto número 271/2021 -de 12 de julio- viene a cuento porque la mayoría de las más relevantes cuestiones jurídicas suscitadas en el presente supuesto ya fueron resueltas en aquel auto. Lógicamente no todas, singularmente la atinente al particular juicio de proporcionalidad que en el concreto caso que ahora nos ocupa -y con todas las circunstancias implicadas en el mismo- debemos proyectar sobre las específicas medidas que se someten a nuestra autorización. Por ello, y pese a tal importante adaptación que realizaremos, vamos a seguir en este auto el mismo esquema estructural que plasmamos en aquel anterior.

2.2 También nos detendremos en el examen de las SSTS 719/2021 y 788/2021, que son exponente de la reciente doctrina jurisprudencial acerca -entre otros extremos- de los presupuestos y requisitos necesarios para la adopción de medidas como el denominado “toque de queda” o el máximo de personas en las reuniones familiares y sociales. A esto dedicaremos el razonamiento jurídico sexto de la presente resolución.

2.3 Igualmente aludiremos a la mediática STC de 14 de julio de 2021. Esta nos importa a los efectos del presente auto, especialmente, y sin desdeñar el resto de cuestiones que afronta, en las consideraciones jurídicas que realiza a propósito (i) de la diferenciación entre limitación y suspensión de derechos, y (ii) el juicio constitucional de necesidad a la hora de valorar la proporcionalidad de las medidas administrativas sanitarias. Esto lo veremos en los Razonamientos Jurídicos 5º y 7º.

TERCERO.- Síntesis de la doctrina del Tribunal Constitucional acerca del alcance de la función jurisdiccional de los actos de la Administración sujetos a autorización o ratificación judicial.

En subsiguientes razonamientos jurídicos abordaremos y clarificaremos algunos de los presupuestos de necesaria concurrencia para emitir una decisión de autorización o ratificación judicial en este tipo de supuestos (singularmente lo atinente a la insuficiencia de la normativa procesal para justificar la intervención judicial en las medidas de que se trate y -por ello- la necesidad de una cobertura sustantiva de las mismas). También trataremos otras claves que mediatizan la decisión de autorización -o no- de las medidas.

Pero, ahora por de pronto, comenzamos por recordar -a modo de inicial contextualización- lo que venimos expresando en anteriores resoluciones sobre la materia acerca de la doctrina constitucional aplicable en estos casos. Es lo que sigue.

“Habida cuenta que nos encontramos en trance de proceder a la ratificación -o no- de este tipo de medidas que se contempla en el art. 10.8 LJCA, habremos de tener en cuenta que la doctrina del Tribunal Constitucional acerca del alcance de la función jurisdiccional en estos supuestos ha clarificado que la extensión del control judicial en este ámbito singular consiste en verificar si concurren las condiciones extrínsecas de legalidad del acto

administrativo de que se trate, lo que es equiparable a la inexistencia de un vicio de nulidad de pleno derecho en el mismo, o a que la Administración pretenda actuar en vía de hecho. Los motivos de legalidad ordinarios son ajenos a este proceso y han de hacerse valer en el oportuno recurso ordinario. Debe apreciarse y revisarse, entre otros aspectos, la competencia del órgano autor de acto y la proporcionalidad de la medida en una doble perspectiva: una formal, de la preceptiva motivación adecuada del acto a ejecutar y otra material, de la necesidad, adecuación y proporcionalidad -en sentido estricto- de tal medida.

Así, el órgano jurisdiccional contencioso-administrativo (sea Juzgado, sea Tribunal Superior de Justicia, sea Audiencia nacional, ex artículo 8.6; 10.8 ó 11.1 i L.J.C.A.), controla, mediante la autorización o ratificación, la proporcionalidad de medidas sanitarias que pretendan ponerse en práctica, en cuanto tales medidas lleven aparejada la privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental, actuando así como garante de los derechos fundamentales del individuo. En todo caso, los supuestos en los que, legítimamente y con criterios de proporcionalidad, la Administración puede actuar primero y pedir la ratificación judicial después para legitimar constitucionalmente lo ya realizado deben venir condicionados por dos requisitos: el primero de ellos es el de la urgencia en dicho actuar, es decir, la Administración Sanitaria podrá adoptar medidas para la preservación de la salud pública cuando haya razones urgentes que exijan su inmediato actuar con independencia de que, acto seguido, después de materializado el acto administrativo, deba recabar la correspondiente intervención judicial garantizadora de los derechos o libertades afectados; y la segunda de las exigencias que condiciona este actuar previo al control judicial por la Administración es el requisito de la necesidad de la medida, es decir, que la medida a adoptar sea imprescindible para la preservación de la salud pública.

En definitiva, los preceptos normativos indicados permiten a las autoridades sanitarias adoptar diversas medidas, de prevención general y especial, así como de tratamiento y actuación, en materia sanitaria cuando lo exijan circunstancias que pongan en riesgo la salud pública. Como se ha señalado, cuando tales medidas puedan afectar al ámbito de derechos fundamentales y libertades se exige el control judicial, que actúa en estos casos, no en ejercicio de potestades jurisdiccionales, sino de garantía en los términos del artículo 117.4 de la Constitución Española, de manera que únicamente en los ámbitos sanitarios indicados y cuando se trate de medidas urgentes y necesarias para la preservación de la salud pública la Administración podrá actuar limitando derechos fundamentales o libertades públicas individuales, debiendo acudir posteriormente a la jurisdicción contencioso-administrativa para que ésta controle por vía de ratificación el conjunto de las que hayan sido tomadas”.

Esto lo hemos recogido en nuestro precitado auto 142/2020 -de 27 de octubre-, en nuestra sentencia 21/2021 -de 21 de enero- y también en nuestros autos 173/2021 -de 7 de mayo-. Y 195/2021 -de 21 de mayo-,

CUARTO.- Competencia de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública para la adopción de las medidas sometidas a control judicial.

Como acabamos de ver, uno de los aspectos a revisar en nuestro juicio valorativo es el de la competencia del órgano autor del acto.

No albergamos grandes dudas en este punto sobre la efectiva competencia de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública para adoptar las medidas de que aquí se

trata, si bien advertimos que lo que diremos en el presente razonamiento debe ser necesariamente completado y armonizado con las consideraciones que efectuaremos en el siguiente.

En este sentido, las potestades administrativas que justifican medidas sanitarias de privación o restricción de las libertades o de otros derechos fundamentales de los ciudadanos encuentran cobertura, originariamente, en el artículo 43 de la Constitución. Dicha norma, después de proclamar el derecho a la salud, precisa en su apartado segundo que “(c)ompete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”

El desarrollo básico del tal norma de nuestra Carta Magna, que consagra el referido principio constitucional rector de la política social del Estado, se encuentra en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 abril (sobre Medidas Especiales en Materia de Salud Pública), en la Ley 33/2011, de 4 de octubre (General de Salud Pública) y en la Ley 14/1986, de 25 abril (General de Sanidad), dictadas en virtud de la atribución competencial reconocida en el artículo 149.1.16 de la Constitución a favor del Estado, y sin perjuicio del ámbito competencial que en materia de sanidad e higiene efectúa el artículo 148.1.21 a las Comunidades Autónomas. En la Comunidad Valenciana, hemos de estar al propio tiempo a la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.

Conocemos, además, la asunción por parte del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (Ley Orgánica 5/1982) de la competencia en esta materia, la que viene contemplada en el art. 148.1.21^a como una de las que pueden ser asumidas por las Comunidades Autónomas. Podemos referirnos, en fin, a la atribución pública a la Consellería de Sanitat y Salud Pública que deriva del Decreto 105/2019, de 5 de julio, del Consell (por el que se establece la estructura básica de la Presidencia y de las Consellerías -art. 94-) y al Acuerdo de 19 de junio de 2020, del Consell (sobre medidas de prevención frente a la COVID-19), que prevé la posibilidad de adopción de medidas extraordinarias en salvaguarda de la salud pública a causa de la pandemia por coronavirus SARS-CoV2 por parte de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, que añade que “(a)simismo corresponde a la persona titular de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública adoptar las medidas necesarias para la aplicación del presente acuerdo y establecer, de acuerdo con la normativa aplicable y a la vista de la evolución de la situación sanitaria, todas aquellas medidas adicionales o complementarias que sean necesarias”.

QUINTO.-La Ley Orgánica 3/1986 (de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública) proporciona *ab initio* suficiente cobertura normativa sustantiva para la adopción de medidas sanitarias limitativas -no suspensivas- de libertades y derechos fundamentales. Alusión a la STC de 14 de julio de 2021 (tres últimos párrafos del apartado 5.3.2 de este razonamiento jurídico)

5.1 Señalábamos *ut supra* que la adopción de medidas sanitarias limitativas de libertades y derechos fundamentales no puede tener únicamente soporte en una norma adjetiva, sino que debe quedar sostenida y alimentada por una norma sustantiva. Parece que ello no debería provocar debate dado que la causa y finalidad de las medidas procesales (atribución de competencias, regulación del procedimiento...) nada tiene que ver con la regulación material necesaria para habilitar el establecimiento de facultades sustantivas. Las normas adjetivas o formales son las que poseen una existencia dependiente y subordinada, pues solo tienden a facilitar los medios para que se cumpla la regla establecida, garantizando el respeto a las facultades y deberes atribuidos por las normas sustantivas. Precisamente las normas materiales o sustantivas son las que tienen una

finalidad propia y subsistente por sí, fijando -entre otras cosas- la regla de conducta y las facultades y deberes de cada cual. Por eso, la atribución competencial a las Salas de lo Contencioso-Administrativo de competencia para conocer “de la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que las autoridades de ámbito distinto al estatal consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen la limitación o restricción de derechos fundamentales cuando sus destinatarios no resulten identificados”, contenida en el art. 10.8 LJCA, no puede sustentar por sí sola -dado su carácter adjetivo- la procedencia material de medidas como las que nos ocupan, lo que nos conduce a indagar cuál o cuáles normas sustantivas pueden amparar tales medidas.

5.2 Ello nos lleva irremisiblemente al candente y actual debate acerca de si determinadas medidas limitativas de libertades y derechos fundamentales pueden acomodarse en el soporte normativo de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril (de medidas especiales en materia de salud pública) o no quedaría más remedio que acudir para su adopción al denominado derecho de excepción, positivizado en nuestro ordenamiento jurídico en la Ley 4/1981, de 1 de junio (de los estados de alarma, excepción y sitio) [Debate que, sin perjuicio de las aportaciones que a continuación seguimos intentando realizar, ha quedado ya resuelto por nuestro Alto Tribunal -como veremos en el siguiente razonamiento jurídico-].

5.3 Elucidar tal cuestión nos va a exigir efectuar determinadas reflexiones.

5.3.1 La primera de ellas es que la Ley 3/1986 -al igual que la Ley 4/1981- tiene la naturaleza de orgánica. Leyes orgánicas son las *constitucionalmente* requeridas para regular ciertas materias (art. 81.1 de la Constitución Española). En el caso, es claro que si ambas leyes tienen el carácter de orgánicas es precisamente porque son susceptibles de incidir en derechos fundamentales (y, por tanto, limitarlos). Teniendo la misma naturaleza y rango normativo no puede entenderse que alguna de ellas tenga algún grado de jerarquía o superioridad sobre la otra (por cierto tampoco es desdeñable el dato de que la Ley 3/1986 es posterior a la Ley 4/1981). No cabe duda que la Ley Orgánica 4/1981 tiene un ámbito aplicativo más amplio, pero por ello no entendemos que tenga -al respecto que ahora nos ocupa- una mayor especificidad que la Ley Orgánica 3/1986. Ésta, además y a diferencia de la Ley 4/1981, tiene como objeto exclusivo la materia de salud pública. En sentido similar a estas consideraciones podemos citar el auto de 23 de octubre de 2020 de nuestra homónima Sala de Asturias-apartado 4.1 del RJ 4º-.

5.3.2 Otra cuestión que debe también quedar esclarecida es que las medidas que ahora tratamos suponen únicamente la restricción o limitación de libertades y derechos fundamentales, no la suspensión de los mismos (esto no es una cuestión de matiz, sino de cardinal trascendencia). La suspensión tiene una connotación o carácter absoluto respecto del ejercicio de un derecho, en tanto que el componente propio de la limitación es la relatividad. Limitar, como su propio nombre indica, es poner límites a algo, en este caso fijar la extensión de los derechos y facultades de alguien. La suspensión es la privación completa, aunque sea solo por algún tiempo. Por eso, la restricción de la circulación y deambulación en un horario determinado (téngase en cuenta que no sólo son apenas 5 horas, sino que las mismas se localizan en la franja horaria comprendida entre las 01,00 horas y las 6,00 horas) y -además- con todo un elenco de importantes excepciones, supone solamente la limitación de la libertad ambulatoria, pero no su suspensión. Ningún problema ofrece la consideración de que la reducción a un máximo de 10 personas de las agrupaciones o reuniones familiares y/o sociales no pasa de la categoría de simple limitación del derecho de reunión, nunca de suspensión del mismo. Esto -como

anticipamos- tiene su importancia habida cuenta que, si nos hubiésemos encontrado ante medidas que supusieran la suspensión de derechos fundamentales (en nuestro caso referidas a los derechos fundamentales a la libre circulación y el derecho de reunión -arts. 19 y 21.1 CE-), la cláusula contenida en el art. 55.1 de nuestra Carta Magna hubiera impuesto necesariamente la declaración del estado de excepción.

A este respecto podríamos decir que de la misma manera que el denominado “confinamiento perimetral” (que ya validaron en su día otras Salas de lo Contencioso-Administrativo) es una *limitación* “espacial” del derecho a la libre circulación, la restricción horaria de la circulación y deambulación (en el grado reducido que prevé la resolución) es una *limitación* “temporal” de ese mismo derecho, máxime teniendo en cuenta las razonables y muy importantes excepciones a tal restricción; esto es, *limitación*, no *suspensión*.

Ítem más, entendemos que la conclusión de que la restricción de la circulación y deambulación en un horario determinado (el denominado “toque de queda”) es una mera limitación del derecho de que se trata, -y no alcanza el grado de suspensión- viene avalada por la referida STC de 14 de julio. Esta sentencia (véanse los párrafos primero y segundo del folio 52 del texto facilitado de la misma) considera que el confinamiento general decretado en el primer estado de alarma supuso una suspensión del derecho a la libre circulación -y no una mera limitación del mismo- porque, salvo en los casos considerados justificados, prohibió “circular a todas las personas, por cualquier sitio y en cualquier momento”; esto es, la conjunción de estos tres ámbitos (personal, espacial y temporal) es lo que supuso una suspensión “*a radice*, de forma generalizada”.

Sin embargo, ello no es lo que acontece en el caso del “toque de queda” que aquí nos ocupa. Así, y por de pronto, el mismo no involucra todo el ámbito temporal habida cuenta que únicamente compromete cinco horas diarias en franja nocturna (desde la 1,00 a las 6,00 horas). Para nosotros este dato es suficiente para considerar que no hay una suspensión del derecho a la libre circulación. Nótese que no sólo no concurre este ámbito temporal completo de afectación, sino que -por ende- en el resto de horario del día (casi las 4/5 partes restantes) tampoco quedan comprometidos los ámbitos personal y espacial; esto es, durante las restantes 19 horas del día cualquier persona tiene intacta su libertad de circulación por cualquier sitio.

Aunque lo anterior es suficiente -a nuestro juicio y de acuerdo con la STC de referencia- para considerar que la restricción nocturna de la movilidad es una limitación -y no suspensión- del derecho, todavía podemos añadir que en el caso de que ahora se trata ni siquiera queda tampoco concernido en ese período nocturno de 5 horas la totalidad del ámbito espacial de la Comunidad Autónoma, ya que la medida afecta tan solo a los municipios más castigados por el virus, y no a toda la Comunidad.

5.3.3 Decíamos en el apartado 4.3.1 que la Ley 3/1986 (de medidas especiales en materia de salud pública) tiene la naturaleza de orgánica. Ello viene a cuento porque el Tribunal Constitucional admite el establecimiento de medidas concretas limitativas del efectivo ejercicio de derechos fundamentales sin tener que acudir necesariamente al llamado derecho de excepción, eso sí, siempre que esa limitación esté suficientemente caracterizada en la correspondiente ley orgánica -en cuanto a los supuestos y fines que se persiguen- y justificada en la protección de otros bienes o derechos constitucionales.

Esto es algo que se explica bien en el auto número 115/2020, de 24 de septiembre, de la Sección Octava de la Sala de Madrid -RJ 3º-, con presupuesto en determinadas SSTC

(las números 104/2000, 112/2006 y 76/2019) y efectuando una proyección práctica de las mismas a la LO 3/1986. Nosotros compartimos esos razonamientos de la tesis mayoritaria de la Sala de Madrid.

E igualmente es digno de mención en este punto el auto número 170/2020, de 22 de octubre, de nuestra también homónima Sala de Navarra -párrafo cuarto del RJ 4º-, que, aludiendo a los necesarios criterios de certeza y previsibilidad con que deben contar las leyes que limiten el ejercicio de derechos fundamentales, concluye con signo positivo su aplicación a la LO 3/1986.

En definitiva, la LO 3/1986 expresa “todos y cada uno de los presupuestos y condiciones de la intervención”: (i) su ámbito material, que es la salud pública -descrito en el primer inciso de su artículo primero-, (ii) la urgencia y necesidad de las razones sanitarias que demanden la adopción de medidas -se contempla en el inciso final del mismo artículo- y (iii) su finalidad de controlar la transmisibilidad de enfermedades contagiosas -primer inciso del artículo tercero-.

No podemos, por lo que acabamos de ver, participar de la idea de que estemos ante un precepto excesivamente abierto. Además, el hecho de que no se especifiquen en el artículo tercero las concretas medidas limitativas de derechos fundamentales que pueden acordarse lo o único que revela -lo que no está exento de lógica- es que estamos ante un precepto adaptable a las circunstancias particulares de cada caso y a la situación epidemiológica de que se trate. Pero no que no puedan adoptarse medidas. Otro entendimiento dejaría vacío de contenido el artículo tercero, lo que no puede entenderse factible. Por lo demás, no hemos visto que la constitucionalidad de tal norma -la LO 3/1986- haya sido puesta en cuestión (y esta es una norma que no puede obviar, por consiguiente, este órgano jurisdiccional).

Relacionado con lo anterior, tampoco asumimos -aunque, desde luego, respetamos esta interpretación- que las posibles medidas a tomar queden restringidas a personas concretas y determinadas que queden concernidas claramente por la enfermedad (esto es, enfermos y personas relacionadas con ellos). Las medidas que pueden adoptarse según tal precepto, conforme el mismo viene redactado y de acuerdo con nuestro entendimiento de la ortodoxia gramatical, son las relativas -de un lado- al control de los enfermos, de las personas que hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, y -de otro- las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible. Así nos parece que resulta de la estructura gramatical del precepto y, en particular, de la locución conjuntiva “así como”, que funciona como conjunción distributiva (‘correlativa’) con predicado único, que es el que va a continuación de “las que se consideren necesarias” y es el de “en caso de riesgo transmisible”.

5.4 No podemos terminar la cuestión objeto de este razonamiento jurídico sin significar que, tal como se lleva escuchando y solicitando desde diversas instancias -incluidas las judiciales-, lo deseable de *lege ferenda* hubiera sido -y sigue siendo- una producción normativa idónea y “ad hoc” que solviente los problemas interpretativos con los que nos encontramos y evite la consecuente contradicción de criterios a la que asistimos en su día y que siguen repitiéndose en los diversos tribunales territoriales del país. Esta necesaria intervención legislativa es precisamente la que ya se produjo en los comienzos de la pandemia por varios de los países de nuestro entorno geográfico y cultural, resultando particularmente significativo como dos países -Alemania y Francia- que tienen una configuración constitucional poco coincidente dieron una solución similar de orden administrativo, especificando competencias antes previstas en disposiciones más generales

y -en definitiva- confiriendo la necesaria certeza y seguridad a las autoridades sanitarias para acordar medidas limitativas de derechos fundamentales.

Con lo que sí contamos ya, al menos, es con algunos pronunciamientos de nuestro Tribunal Supremo sobre relevantes aspectos del tema que nos ocupa. Pasamos a verlos en el siguiente razonamiento jurídico.

SEXTO.- Reciente doctrina del Tribunal Supremo acerca de la suficiencia de la Ley Orgánica 3/1986 como soporte para la adopción de medidas como el denominado “toque de queda” o el máximo de personas en las reuniones familiares y sociales: referencia a las SSTS 719/2021 y 788/2021. Presupuestos y requisitos de necesaria concurrencia para la viabilidad de autorización de tales medidas.

La conclusión sentada en el precedente razonamiento jurídico ha sido -entendemos- corroborada por la doctrina del Tribunal Suprema que, muy recientemente, se ha pronunciado sobre esta cuestión.

Sin ánimo de exhaustividad y circunscribiéndonos a lo que ahora más interesa, comenzamos destacando el siguiente pasaje de la STS 719/2021:

“este conjunto de preceptos ofrece suficientes precisiones, objetivas, subjetivas, espaciales, temporales y cualitativas para satisfacer la exigencia de certeza que han de tener los preceptos que fundamentan restricciones o limitaciones puntuales de derechos fundamentales y, en concreto de la libertad de circulación, las cuales, de otro lado, no pueden determinarse siempre --ya que no han de excluirse situaciones nunca imaginadas ni, en consecuencia, previstas-- y no se alejan los términos recién examinados del parámetro admitido por el Tribunal Constitucional para la tipificación de sanciones, por ejemplo en su sentencia n.º 14/2021.

Sin ninguna duda hubiera sido deseable que, en vez de a conceptos indeterminados y cláusulas generales, pudiéramos acudir a una regulación específica para afrontar la pandemia que detallase cuantos extremos fueran susceptibles de precisión para ofrecer la máxima seguridad jurídica. No obstante, no puede preverse todo y tampoco puede decirse que los preceptos examinados adolecen de tal indeterminación que permitan hacer cualquier cosa a las Administraciones que los utilicen. Por el contrario, delimitan con una precisión mínima el campo de su aplicación. Y no es una novedad que los tribunales deban extraer del ordenamiento jurídico los criterios para resolver problemas que no han recibido una solución precisa por parte del legislador. Esto significa que será necesario examinar cada medida y valorarla atendiendo a la luz de los criterios extraídos de estos preceptos, si cumplen las exigencias de adecuación, necesidad y proporcionalidad.

En definitiva, la legislación sanitaria sí autoriza la limitación de la libertad de circulación siempre que se den las condiciones por ella previstas, o sea, las que hemos destacado.”

Además de lo anterior, extraemos las siguientes conclusiones de la STS 195/2021:

- La restricción o limitación de derechos fundamentales en el marco de la lucha contra la pandemia del Covid-19 no exige siempre y necesariamente la cobertura del estado de alarma (FD 6 y, en especial a modo conclusivo, el párrafo primero del FD 7).

- El artículo 3 de la LO 3/1986 puede utilizarse como fundamento normativo de medidas tan severas e intensas como el “toque de queda” o el máximo de personas en reuniones familiares y sociales siempre que la justificación sustantiva de las medidas sanitarias esté a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de derechos fundamentales de que se trate, pero sin que basten meras consideraciones de conveniencia, prudencia o precaución (penúltimo párrafo del FD 7).
- Se rechaza el motivo del Ministerio Fiscal consistente en que las medidas sanitarias ratificadas en el auto impugnado (“toque de queda” y máximo de personas en reuniones familiares y sociales) sólo podían tomarse al amparo del estado de alarma (primer inciso del párrafo primero del FD 8).
- No obstante todo lo anterior, en el caso concreto no quedó acreditada la superación del juicio de proporcionalidad de tales medidas porque ni el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares ni la Sala de instancia justificaron que dichas medidas resultasen indispensables, sino que se apoyaron sólo en consideraciones de prudencia.

Lo anterior quiere decir, en nuestra modesta interpretación, que el Tribunal Supremo considera que medidas como las que aquí se trata pueden estar amparadas por el art. 3 de la LO 3/1986, siempre que -eso sí- exista suficiente justificación sustantiva para su adopción, de modo que puedan ser juzgadas como proporcionales; siendo que precisamente -y esto nos importa mucho- si el Tribunal Supremo entendió en el caso que le tocó analizar que no podían ratificarse tales medidas es precisamente porque no ha quedado acreditado el juicio de proporcionalidad y no lo fue porque no existía justificación suficiente del mismo ni en la resolución administrativa ni en la judicial (las cuales, dice el TS, se apoyan sólo en consideraciones de prudencia).

Dicho en otras palabras, la razón del signo de la Sentencia del Tribunal Supremo es que no existe suficiente motivación en las resoluciones administrativa y judicial de la proporcionalidad de la medida.

En definitiva, que en el ámbito de la cuestión en que ahora nos encontramos la clave de resolución se reside en el juicio constitucional de proporcionalidad de las concretas medidas solicitadas. Es aquí donde debemos poner el énfasis y a lo que dedicamos el siguiente razonamiento jurídico

SÉPTIMO.- Juicio constitucional de proporcionalidad de las medidas de limitación de circulación de las personas y de limitación del número de personas en las agrupaciones y reuniones familiares y/o sociales. Nueva referencia a la STC de 14.7.2021 a propósito del juicio de necesidad (último párrafo del apartado 7.2.2 de este razonamiento jurídico).

7.1 Justificación contenida en la resolución administrativa de que se trata.

Como presupuesto a la realización de tal juicio de proporcionalidad hemos de detenernos en el examen de la justificación que se contiene en la resolución administrativa sometida a nuestro escrutinio, respecto de la que apreciamos su notable denuedo argumentativo y su exhaustividad en la aportación de datos, en especial de las circunstancias y consideraciones técnicas más relevantes motivadoras de las medidas que se acuerdan.

Los motivos y razones que han dado lugar a la adopción de las medidas cuya autorización se solicita se sustentan especialmente en el informe correspondiente a la situación actual de la pandemia Covid-19 a fecha 20 de julio de 2021, acompañado como documento número 2 del escrito de solicitud de autorización.

Este informe comienza indicando como la evolución de la pandemia ha empeorado de forma significativa y el crecimiento sigue siendo muy elevado, de manera que la incidencia acumulada a 19 de julio (actualización Ministerio de Sanidad de la misma fecha) a 14 días es de 484,76 por 100.000 habitantes y a 7 días de 253,31. A modo de comparación pone de manifiesto que en el informe anterior a fecha 6 de julio, la incidencia a 14 días fue de 216,9 casos por 100.000 habitantes, y la incidencia acumulada a 7 días de 140,6. En el informe previo, de 25 de junio, la incidencia acumulada a 14 días es de 55,98 por 100.000 habitantes y a 7 días es de 32,07 por 100.000 habitantes.

A continuación realiza un estudio de la distribución temporal de los nuevos casos, representándola por semanas recogiendo las variaciones contempladas tanto en el año 2020 como en este año 2021, donde se ve la tendencia ascendente a partir de la semana 21 primero con un ritmo de crecimiento lento, pero que se hace exponencial a partir de la semana 25: en la semana 24 se diagnosticaron 1391 casos, en la semana 25: 3.181, en la semana 26: 7.876,876 y en la semana 27, 9.798 casos. El ritmo de crecimiento de la pandemia sigue siendo por lo tanto, muy elevado.

La estimación en el número de casos con infección aguda alcanza los 2.034,56 casos, muy por encima de los 1.153,47 casos del informe elaborado el 6 de julio, así como de los 256,45 casos del informe de 25 de junio, 138,6 del informe de 2 de junio, y de 108,08 del informe de 19 de mayo.

Continúa el informe reflejando los datos de relativos al número reproductivo básico instantáneo (R_t), Un valor de este indicador inferior a 1, apunta a una situación de epidemia controlada. La evolución del R_t en la última semana muestra un descenso, encontrándose, no obstante, en valores por encima del 1. Así a fecha 19 de julio, este indicador está a 1,23 (1,21-1-25).

Recoge también el informe el índice de positividad entre todas las pruebas diagnósticas de infección aguda, el cual, en esta última semana es de 15,93%, muy superior al 10,44% del 6 de julio, y al 3,45%, valor alcanzado el 25 de junio. El límite de positividad de las pruebas diagnósticas a partir del cual el riesgo de transmisión se ve incrementado es el 4%.

Refleja también las numerosas variantes del SARS-CoV-2, con indicación de que las diferentes mutaciones presentes en las variantes pueden atribuir un mayor impacto potencial en la salud pública: aumento en la transmisibilidad, en la gravedad, escape a la respuesta inmune adquirida tras la infección natural o generada por algunas vacunas.. Las variantes de mayor impacto para la salud pública (VOC, por sus siglas en inglés variants of concern) son aquellas más transmisibles, más virulentas o que pueden escapar al efecto de los anticuerpos adquiridos tras infección natural o vacunación con variantes previas. Actualmente, se considera que las VOC son cuatro: Alfa (B.1.1.7), Beta (B.1.351), Gamma (P.1) y Delta (B.1.617.2). Las mutaciones más relevantes son N501Y (presente en Alfa, Beta y Gamma), E484K (presente en Beta y Gamma) y L452R (presente en Delta). La variante Delta como variante VO, dada su tendencia creciente en nuestro país, además de su mayor transmisibilidad y su ligera disminución de la eficacia vacunal con dos dosis, más acusada con una sola dosis.

Según el informe Actualización de la situación epidemiológica de las variantes de SARS-CoV-2 de mayor impacto e interés en salud pública en España (Ministerio de Sanidad, 19 de julio), durante los primeros meses de 2021, la variante Alfa (B.1.1.7) registró una expansión progresiva hasta alcanzar niveles por encima del 70% en todas las Comunidades Autónomas. Sin embargo, en las semanas más recientes, el porcentaje ha ido disminuyendo en varias comunidades a medida que ha aumentado la prevalencia de otras variantes (particularmente la variante Delta) de acuerdo con los datos de secuenciación. En la Comunitat Valenciana ha dejado de ser la variante predominante.

En las semanas más recientes se detecta una cierta disminución en la prevalencia de la variante Gamma (P.1) y un aumento en la de la variante Beta (B.1.351) en España, si bien las dos permanecen en niveles bajos (por debajo del 3%). En la Comunitat Valenciana se estima en 1.8%.

La variante Delta (B.1.617.2) ha ido incrementando su porcentaje en los muestreos aleatorios. Con los datos de secuenciación integrados en el sistema nacional de vigilancia genómica, a 16 de julio de 2021, el porcentaje en la semana 26 (28 de junio a 4 de julio) se situaba aproximadamente en el 43%, si bien es importante señalar que hay cierto retraso en la comunicación a nivel nacional. En el sistema de vigilancia genómica de la Comunidad Valenciana, con los datos disponibles en la semana 27, se considera que la variante Delta es predominante ya que su presencia se estima mayor del 70% y continua en expansión. Es importante recordar que esta variante se caracteriza por su mayor transmisibilidad y su leve disminución de la efectividad vacunal (más marcada con vacunación incompleta).

En cuanto a la edad se refleja el avance de la vacunación en los grupos etarios, destacando que en estos momentos el impacto de la enfermedad se centra en los grupos no vacunados y muy especialmente en el grupo entre 15 y 29 años que presenta una tasa de 1.381,0 casos por 100.000 habitantes frente a 741 del 6 de julio. Se ha duplicado la tasa respecto al informe anterior. El resto de grupos, que presentan tasas más bajas, también han duplicado aproximadamente las tasas del anterior informe. Se destaca que ello es debido, por una parte a que todavía no ha pasado el tiempo de inducción necesario en las personas vacunadas las dos últimas semanas, y por otra a que la vacunación no es eficaz al 100%. La circulación del virus es alta, de manera que hay un pequeño porcentaje que sigue contagiando. A ello se ha de añadir que la eficacia de la vacunación frente a la variante Delta es sensiblemente inferior.

A continuación a través de un cuadro, refleja los casos e incidencia acumulada por grupos de edad, entre el 6 de julio de el 19 de julio de 2021.

Tras el análisis pormenorizado de los grupos de edad con mayores tasas, se constata que los grupos más afectados son el de 20 a 24 años con una tasa de 1.602,02 casos por 100.000 habitantes, seguido por el grupo de 15-19 años con 1.472,2 casos por 100.000 habitantes. La proporción de casos confirmados entre los casos con sintomatología leve que acuden a Atención Primaria presenta también una tasa ascendente, situándose en torno al 56%, ligeramente superior al 50% del 6 de julio, mientras que el 25 de junio se situaba en torno al 20%.

Señala el informe que como quiera que los grupos de edad más afectados son más jóvenes, la enfermedad suele ser leve y presentan pocas comorbilidades, el impacto de esta nueva onda tiene su reflejo especialmente en Atención Primaria el impacto de esta nueva

onda tiene su reflejo especialmente en Atención Primaria que está sobrecargada desde la semana 26 (28 de junio a 4 de julio).

El número de casos sospechosos que son atendidos en Atención Primaria en la semana 28 (finaliza el 18 de julio) asciende a 19.897 casos lo que significa que ha aumentado un 252,15% con respecto a la semana 25, última semana anterior a la explosión de la nueva onda epidémica, desde entonces se atiende una media de 4.500 casos más cada semana.

El informe recoge la información pormenorizada semana a semana acuerdo, cuya fuente es el Abucasis, es decir la historia clínica electrónica de Atención Primaria en nuestra Comunidad Valenciana.

Se señala que el incremento en el ámbito de la Atención tiene repercusión en los servicios hospitalarios. De hecho, la evolución en la ocupación de camas de agudos y camas de UCI también presenta una tendencia creciente. Desde el informe anterior, tan solo 13 días, se ha pasado de 300 pacientes hospitalizados a 546 lo que supone un incremento del 182%. En las camas de críticos, el 6 de julio estaban hospitalizados 31 pacientes y en la actualidad hay 70 lo que supone un 225,8% más. A 19 de julio, la ocupación de camas de agudos es de 4,91% mientras que el 6 de julio era del 2,69%. En las camas de críticos la ocupación es del 8,41% frente a 3,65% del informe anterior. Si bien la utilización de los servicios hospitalarios se sitúa en niveles de riesgo bajo, causa preocupación la tendencia creciente de la hospitalización. También causa preocupación el perfil etario de los ingresados. El 55,5% de los pacientes ingresados en los hospitales y el 48,5% de los ingresados en UCI tiene menos de 50 años, siendo además el 22,7% de los ingresados en UCI menores de 40 años.

El informe refleja los brotes abiertos a fecha 19 de julio, en concreto 986, de los cuales 594 están activos. Los brotes activos acumulan un total de 4497 casos (mediana de 5) y 13.391 contactos en seguimiento (mediana de 14), con un tamaño de promedio de 7,6 casos por brote.

Señala el informe como el 83% de brotes activos son de pequeña magnitud, con menos de 10 casos, el 16% entre 10 y 40 casos, y el 1% de brotes activos son de gran magnitud, con más de 40 casos.

Respecto al ámbito de contagio, en los brotes activos, el ámbito más frecuente es el Social que supone el 81,6% (485 brotes) de los brotes y el 81% de los casos (3.640 casos), la gran mayoría en contexto de reuniones familiares y/o amigos como cumpleaños o comidas (69% de los brotes y 58,5% de los casos), seguido de Hoteles y alojamientos turísticos (incluye clientes) (8,4% de los brotes y 10,4% de los casos) y Locales de ocio nocturno (7,0% de los brotes y 12,3% de los casos). Los brotes relacionados con el ámbito Laboral, se sitúan en segundo lugar, representando el 12,1% (72 brotes) de los brotes y el 11% de los casos (479 casos), con predominio en Sector empresarial y de la construcción (37,5%) y en tercer lugar están los brotes asociados a Otros ámbitos comunitarios, que suponen el 3,4% (20 brotes), la gran mayoría en campamentos de verano (90%).

Además, refleja el informe que la transmisión comunitaria elevada está teniendo un especial impacto en los centros residenciales de mayores y diversidad funcional. El grupo prioritario de vacunación fue los residentes y trabajadores sociosanitarios de este tipo de centros, de manera que el 29 de marzo, fecha de inicio de la semana 13, puede considerarse la fecha en la que todos los centros tenían una cobertura de vacunación, con su correspondiente tiempo de inducción, superior al 90%. Este hecho tuvo su reflejo en la

práctica ausencia de brotes en este colectivo. Desde entonces hasta la actualidad la situación ha cambiado por completo. En la semana 27 se han cuadruplicado los brotes con respecto a la semana anterior. Debe señalarse que, en la mayor parte de ocasiones el brote se origina a partir de un trabajador infectado. De momento, el impacto en el número de casos no es significativo, pero habrá que esperar su evolución.

También el informe hace referencia al número de fallecidos desde el inicio de la pandemia, en concreto ascienden a 7.471, siendo la tercera ola la que ha tenido un mayor sobre la mortalidad. Se añade que el descenso de fallecimientos está relacionado directamente con la vacunación de las personas más vulnerables. Señala que en las últimas cuatro semanas se han notificado 17 defunciones, mientras en el último informe de 6 de julio se habían notificado 12, y en el anterior de 25 de junio se habían notificado 10.

A continuación el informe, siguiendo las indicaciones marcadas en el documento “Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19”, última actualización de 2 de junio de 2021, calcula los indicadores principales para la evaluación del riesgo, con una explicación pormenorizada para cada departamento evaluado, indicando cuales son los municipios que se encuentran en nivel de alerta 4 y cuales en nivel de alerta 3.

El informe aportado realiza un resumen que refleja los distintos aspectos examinados, poniendo de manifiesto la preocupación existente, especialmente en las poblaciones de riesgo muy alto, y entre ellas las de mayor tamaño, dado que a mayor población población hay una mayor probabilidad de interacción social.y en consecuencia de contagios. En concreto hace referencia aquellas poblaciones mayores de 5.000 habitantes con nivel de alerta 4: Banyeres de Mariola, Callosa d’En Sarrià, Gata de Gorgos, Muro de Alcoy, Ondara, Sax, Alcalà de Xivert, Almenara, Borriol, Oropesa del Mar/Orpesa, Peñíscola/Peñíscola, Torreblanca, Almussafes, Buñol, Foios, Xeraco, Massanassa, Museros, Olleria (l’), Pobla de Farnals (la), Puig, Rafelbuñol/Rafelbunyol, Rocafort, Turís, Vilamarxant, Alfàs del Pi (l’), Calp, Callosa de Segura, Nucia (la), Pego, Teulada, Benicasim/Benicàssim, Onda, Albal, Alboraya, Alcàsser, Alfafar, Alginet, Benaguasil, Benetússer, Benifaió, Bétera, Canals, Chiva, Eliana (l’), Godella, Massamagrell, Meliana, Picassent, Pobla de Vallbona (la), Puçol, Requena, Riba-roja de Túria, Silla, Tavernes de la Valldigna, Utiel, Alicante/Alacant, Benidorm, Dénia, Santa Pola, San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig, Villajoyosa/Vila Joiosa (la), Borriana/Burriana, Vila-real, Vinaròs, Aldaia, Burjassot, Xirivella, Gandia, Manises, Mislata, Oliva, Paiporta, Paterna, Sagunto/Sagunt, Sueca y Valencia.

Así, las razones y motivos que han dado lugar a la adopción de estas medidas cuya autorización se solicita vienen recogidas en los antecedentes de hecho de la Resolución de 21 de julio de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, que -como hemos visto- se sustenta en el informe correspondiente a la situación actual de la pandemia Covid-19 a fecha 20 de julio de 2021. En concreto se indica:

«Por Auto 271/2021, de 12 de julio de 2021, de la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana, se autorizaron las medidas adoptadas en la Resolución de 9 de julio de 2021, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se acordaban medidas relativas a la circulación de personas en determinados municipios de la Comunitat Valenciana y a la permanencia de grupos de personas en espacios privados y públicos en todo el ámbito de la Comunitat Valenciana, como consecuencia de la situación de crisis

sanitaria ocasionada por la Covid-19, durante un periodo de 14 días a contar desde el mismo día de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.

Una vez autorizada, se publicó la misma por Resolución de 12 de julio de 2021, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, en esa misma fecha en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, con una vigencia de 14 días a contar desde el mismo día de su publicación, plazo que finaliza el próximo 25 de julio de 2021, inclusive ese día.

En dicha resolución se limitaba la permanencia de grupos de personas en espacios privados y públicos en todo el ámbito de la Comunitat Valenciana y la circulación de personas en determinados municipios de la Comunitat Valenciana.

En este periodo de tiempo transcurrido desde la publicación de la referida resolución, la situación epidemiológica en la Comunitat Valenciana como consecuencia de la crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19, no ha evolucionado favorablemente, existe un mayor nivel de expansión y crecimiento del virus, y el tiempo transcurrido desde el inicio de su vigencia, diez días, es insuficiente para ver un resultado favorable que permita conducir a una modificación menos estricta de las medidas adoptadas.

Ello implica que sea necesario continuar con la medida de limitación de la circulación de las personas en un horario concreto, de 1 a 6 horas, en muchos de los municipios que contempla la anterior resolución y ampliarlo a otros incluidos en los departamentos de salud de mayor riesgo y población superior a 5000 habitantes, así como mantener la limitación de la permanencia de las concentraciones familiares y sociales de personas en todo el ámbito de la Comunitat Valenciana.

El informe de fecha 20 de julio de 2021 de la Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental con datos de esa misma fecha, así lo expresa y justifica la adopción de estas medidas.

Este informe señala lo siguiente en su apartado RESUMEN:

“La situación de la pandemia de COVID-19 en la Comunitat Valenciana continua en franca expansión y el ritmo de crecimiento es muy elevado. La velocidad de cambio en la evolución de la pandemia sigue siendo muy alta, desde el informe anterior y en tan solo dos semanas se han incrementado los casos en 286,57%. Teniendo en cuenta la metodología de evaluación de riesgo de la guía de Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19, asignamos a la Comunitat un nivel de riesgo alto o alerta 3 a pesar de que los indicadores de capacidad asistencial hospitalaria se encuentren en umbrales inferiores, pero con una tendencia claramente ascendente.

Los indicadores de evaluación del nivel de transmisión indican un nivel de circulación del virus muy alto con crecimiento exponencial en todos ellos en las dos últimas semanas. A fecha 19 de julio, la incidencia acumulada a 14 días asciende a 484,76 por 100.000 habitantes y a 7 días de 253,31 por 100.000 habitantes frente a 216,97 y 140,61 el 6 de julio. La proporción de los casos confirmados entre los casos con sintomatología leve que acuden a Atención Primaria se sitúa en riesgo alto, en torno a al 56%, ligeramente superior al 50% del 6 de julio

En cuanto a la presencia de los nuevos linajes del SARS-CoV-2 en la Comunitat Valenciana, se considera que la variante Delta es la variante predominante.

El análisis por grupos de edad muestra un desplazamiento del impacto de la pandemia a las cohortes que todavía no están vacunadas y muy especialmente al grupo comprendido entre 15 y 29 años que presenta una tasa de 1.381,0 casos por 100.000 habitantes frente a 741.1 en el informe de 6 de julio. Dadas las características de la mayor parte de los casos, personas jóvenes con pocas comorbilidades, la presión asistencial se centra especialmente en Atención Primaria, donde el número de casos sospechosos atendidos en la última semana asciende a 19.837 casos lo que supone un incremento de 252,15% con respecto a la semana 25.

Respecto a los indicadores de capacidad hospitalaria, si bien los niveles de utilización de estos servicios se encuentran en nivel de riesgo bajo, la nueva onda epidémica también se ve reflejada en los mismos. En tan solo 13 días, se ha pasado de 300 pacientes hospitalizados a 546 lo que supone un incremento del 182%. ...

En relación con los brotes epidémicos cabe señalar que el ámbito más frecuente de contagio es el social que supone el 81.6% de todos los brotes. Ente ellos adquieren especial relevancia los brotes en el contexto de reuniones familiares y/o amigos como cumpleaños o comidas que suponen el 69% de los brotes de carácter social y el 58,5% de los casos. Los brotes de mayor magnitud también han tenido lugar en el contexto social.

(...)

En cuanto a la distribución espacial por nivel de transmisión, se observa un empeoramiento generalizado en toda la Comunitat. Hay 12 Departamentos de Salud en alerta 4 o riesgo muy alto, 10 departamentos se encuentran en alerta 3 o riesgo alto, 2 departamentos en nivel 2 o riesgo medio y ninguno en alerta 1 o riesgo bajo. En conjunto, la situación se ha agravado con respecto al informe anterior donde 6 departamentos se encontraba en nivel 4, 7 departamentos se encontraban en nivel 3, 9 en nivel 2 y 2 en nivel 1.

A nivel municipal, preocupa especialmente las poblaciones de nivel de riesgo muy alto y, entre ellas, las de mayor tamaño dado que a mayor población, mayor probabilidad de interacción social y de contagios. En la actualidad los municipios que se sitúan en riesgo muy alto se han incrementado ostensiblemente cuando se compara con la situación del 6 de julio. Las poblaciones mayores de 5.000 habitantes con nivel de alerta 4 son: Banyeres de Mariola, Callosa d'En Sarrià, Gata de Gorgos, Muro de Alcoy, Ondara, Sax, Alcalà de Xivert, Almenara, Borriol, Oropesa del Mar/Orpesa, Peñíscola/Peñíscola, Torreblanca, Almussafes, Buñol, Foios, Xeraco, Massanassa, Museros, Olleria (l'), Pobla de Farnals (la), Puig, Rafelbuñol/Rafelbunyol, Rocafort, Turís, Vilamarxant, Alfàs del Pi (l'), Calp, Callosa de Segura, Nucia (la), Pego, Teulada, Benicasim/Benicàssim, Onda, Albal, Alboraya, Alcàsser, Alfafar, Alginet, Benaguasil, Benetússer, Benifaió, Bétera, Canals, Chiva, Eliana (l'), Godella, Massamagrell, Meliana, Picassent, Pobla de Vallbona (la), Puçol, Requena, Riba-roja de Túria, Silla, Tavernes de la Valligna, Utiel, Alicante/Alacant, Benidorm, Dénia, Santa Pola, San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig, Villajoyosa/Vila Joiosa (la), Borriana/Burriana, Vila-real, Vinaròs, Aldaia, Burjassot, Xirivella, Gandia, Manises, Mislata, Oliva, Paiporta, Paterna, Sagunto/Sagunt, Sueca y Valencia”.

Y seguidamente en el propio informe, en el apartado CONCLUSIONES, expone y cita:

“La situación epidemiológica en la Comunitat Valenciana continua en franca expansión con un ritmo de crecimiento exponencial si bien inferior al observado en el periodo

anterior. En la actualidad podemos afirmar, sin lugar a duda, que nos encontramos ante una nueva onda epidémica que en nuestro caso es la cuarta.

Tras la evaluación de riesgo realizada, la Comunitat sigue en nivel de riesgo alto o alerta 3, indicativo de “transmisión comunitaria sostenida y de difícil control con presión alta en el sistema sanitario”.

En la caracterización de la epidemia destaca:

La circulación del SARS-CoV-2 es muy alta, como lo demuestran todos los indicadores de transmisibilidad. La velocidad de cambio es inferior a la observada en el periodo anterior pero el ritmo de crecimiento sigue siendo exponencial. La incidencia acumulada a 14 días prácticamente se ha duplicado. La incidencia a 7 días ha aumentado un 54,11%. El porcentaje global de positividad de las pruebas diagnósticas de infección aguda se ha incrementado un 52,55%. Se sitúa en 15,93% muy superior al 4%, límite indicativo de incremento en el riesgo de transmisión. La proporción de los casos confirmados entre los casos con sintomatología leve que acuden a Atención Primaria alcanza el 56% encontrándose en los umbrales de riesgo alto o muy alto. La evolución del número reproductivo básico instantáneo en la última semana ha descendido, a pesar de ello sigue siendo superior a 1, lo que apunta a que la epidemia no está controlada.

El impacto de la pandemia se centra en los grupos de edad más jóvenes y no vacunados. El grupo más afectado es el comprendido entre 15 y 29 años que presenta una tasa de 1.381,0 casos por 100.000 habitantes, prácticamente el doble de la incidencia del periodo anterior. La alta circulación del virus empieza a impactar en el resto de grupos de edad ya que en todos ellos se observa un incremento importante en sus tasas de incidencia.

Este aspecto esencial de la cuarta ola epidémica repercute especialmente en la Atención Primaria que está viendo superada su capacidad asistencial. Los profesionales de Atención Primaria se encargan del diagnóstico y seguimiento de los casos leves. Si tenemos en cuenta que la tasa de hospitalización se ha situado en las última semana en el 3,7% de los casos, estos profesionales han atendido al 96,3% de todos los casos lo que en números absolutos supone 9.796 pacientes. A ello hay que añadir que a estos profesionales les corresponde la atención de los casos sospechosos. Solo en la última semana han atendido a 19.837 casos sospechosos lo que supone un incremento de 252,15% con respecto a la semana 25 donde se atendieron 5.650 casos.

El incremento de casos repercute en los servicios hospitalarios. Su capacidad de respuesta, de momento, es buena ya que los índices de ocupación tanto en sala como en las unidades de críticos se mantienen en umbrales de bajo riesgo pero es importante señalar la tendencia creciente que se viene observando desde que se inició la cuarta ola. En las dos últimas semanas se han incrementado los ingresos hospitalarios en 182% y en las camas de UCI en 225,8%. La capacidad de Salud Pública se está viendo comprometida impactando de forma negativa en los procedimientos de trazabilidad, identificación de contactos, seguimiento y realización de pruebas de laboratorio. Los jóvenes tienen una media de contactos estrechos entre 6 y 10 mientras que las personas de mayor edad tienen 4, lo que, de por sí, supone una sobrecarga que no se ha dado en las ondas epidémicas anteriores. Por otro lado, hay que reseñar que se detecta una falta de colaboración en las labores de rastreo que dificulta las acciones de contención. Todo ello hace todavía más difícil el control de la trazabilidad y con ello de la transmisión comunitaria.

Los brotes se dan en su mayoría en el ambiente social indicando claramente la relajación de las medidas. En este contexto social, el 69% de los brotes se dan reuniones familiares y/o amigos donde resulta muy complicado mantener la distancia social y llevar permanentemente la mascarilla.

(...)

Como ya se ha comentado en informes anteriores, y tras la experiencia de las medidas que se han ido tomando a lo largo de toda la pandemia, la efectividad de las medidas empieza a observarse a partir de los 14 días, pero se ven con claridad a los 21 días.

(...)

A pesar de que la campaña de vacunación avanza con el ritmo previsto, ha quedado claro que el riesgo persiste.

(...)

En definitiva, la evolución de la pandemia no ha mejorado en las dos últimas semanas aunque parecen observarse indicios de ralentización. Sabemos, por la experiencia acumulada a lo largo de todo un año, que adoptar medidas no farmacológicas a tiempo conlleva disminuir el nivel de circulación del virus y con ello el crecimiento en el número de casos, hospitalizaciones y fallecimientos. Conocemos la efectividad de disminuir la interacción social, especialmente con medidas como la limitación de la de la circulación de personas en horario nocturno y la limitación de grupos de personas. Por último, sabemos que la situación actual está relacionada directamente con la población joven no vacunada y la relajación de las medidas en actividades donde se agrupan personas, donde es difícil mantener la distancia interpersonal y en las que no se lleva la mascarilla de forma permanente.

(...)

Los municipios de riesgo muy alto o alerta 4 a nivel de transmisión son los espacios donde la probabilidad de contagio aumenta de forma significativa con el consiguiente aumento de casos. La evidencia científica respecto a que la disminución de la interacción social es una de las medidas no farmacológicas más efectivas para interrumpir la propagación del SARS-CoV-2 es concluyente. La efectividad de estas medidas quedó demostrada con el confinamiento que se hizo en España en la primera onda epidémica. La experiencia adquirida con la tercera ola nos dice que no es necesario llegar a un confinamiento de estas características para contener la epidemia, sino que la limitación de la circulación de personas en horario nocturno y la limitación de grupos de personas son suficientemente eficaces para interrumpir la propagación del SARS-CoV-2. En los municipios más pequeños, menores de 5.000 habitantes, el nivel de alerta está relacionado con la detección de brotes concretos, normalmente de pequeña magnitud, cuyo control a través de los estudios de contactos conlleva la disminución de este nivel de alerta. En los municipios de mayor tamaño, sin embargo, con más población y por lo tanto con mayor interacción social y mayor probabilidad de exposición, el control de los brotes que se detectan no es suficiente para interrumpir la propagación. Por una parte, se producen muchas introducciones del virus en el conjunto de la población de forma simultánea que hacen imposible interrumpir cada cadena de transmisión y, por otra, esta enfermedad cursa de forma asintomática en una proporción nada desdeñable, alrededor del 30%, lo que significa que hay personas infectadas que pueden contagiar y que no toman medidas

de aislamiento al no ser conscientes de su situación. Las vacunas frente a COVID-19, al igual que ocurre con las vacunas frente a otras enfermedades, no son efectivas al 100%. El riesgo de infección en vacunados persiste, aunque sea bajo o moderado para los vacunados completamente. El objetivo de la vacunación es fundamentalmente reducir la hospitalización y la muerte por COVID. En la Comunitat Valenciana, en las últimas 4 semanas, se han diagnosticado 37.394 caso, el 7% estaban completamente vacunados (2.556 casos), el 10% llevaban solo un dosis (3.715 casos) y el 83% no habían recibido ninguna dosis (31.123 casos), De ellos, el 48%, el 68% y el 64% respectivamente presentaron sintomatología. Por estas razones, las personas vacunadas deben optar por continuar con otras medidas importantes para prevenir la propagación de Covid-19.

(...)

Por último, dado que la efectividad de las medidas empieza a observarse a partir de los 14 días y que se consolida a las tres semanas, estimamos que este periodo debe ser superior al establecido en anteriores resoluciones por cuanto se precisa de un tiempo amplio para que las medidas puedan ser efectivas y tener eficacia y más teniendo en cuenta que en estas fechas los encuentros sociales por encontrarnos en periodo estival, se incrementan”.

Vistos estos datos, se evidencia que se hace necesario -principio de idoneidad- mantener aquellas medidas que la experiencia ha demostrado que se han visto más eficaces en la lucha contra la pandemia derivada de la Covid-19 y que siguen siendo medidas adecuadas y proporcionadas en el sentido de no conocerse otras más moderadas para la consecución del propósito con igual eficacia. Medidas de otra índole, como puedan ser el control de aforos y de horarios en establecimientos públicos, si bien contribuyen a mitigar la propagación del virus, no tienen el efecto contundente que implica la limitación de movilidad en franjas horarias concretas y la limitación de permanencia de grupos de personas no convivientes en reuniones familiares y sociales.

La limitación de la movilidad en horarios específicos y en concreto en la franja entre la 1 y las 6 horas, se evidencia altamente efectiva en la lucha para la propagación del virus. Es en este intervalo horario donde la población, especialmente la población más joven, entre 15 y 30 años, se concentra en lugares donde no observan las medidas de autoprotección necesarias, como son la distancia social y el uso de la mascarilla.

La efectividad de esta medida, de restricción de la movilidad nocturna, se ha manifestado en anteriores olas en una reducción de la transmisibilidad, que disminuye con ello el número de contactos del grupo etario que actualmente supone la mayor incidencia acumulada, jóvenes en las edades señaladas, y con ello reduce no solo la transmisibilidad en ese mismo grupo, sino con respecto a otros grupos de contacto, especialmente ascendientes.

Y son también los encuentros familiares y sociales entre personas no convivientes donde la efectividad de posibles restricciones tiene un mayor impacto en la contención de esa transmisibilidad. En estos encuentros y reuniones se relajan las medidas, y las actividades que se desarrollan, tales como comer y beber, se hacen incompatibles con el uso de la mascarilla, provocando un mayor número de contagios. Se constata que las medidas que restringen el derecho de reunión resultan efectivas al producir una reducción del número efectivo de reproducción. Los principales brotes de ámbito social se dan en reuniones familiares o de amigos. Queda claro que este tipo de encuentros son de riesgo.

El consenso científico ha señalado y evidenciado en la lucha contra esta pandemia, donde la transmisión del SARS-CoV-2 es la vía aérea mediante la inhalación de gotitas y aerosoles respiratorios emitidos por una persona infectada hasta las vías superiores e inferiores de otra persona que cuanto mayor sea el número de personas que permanezcan en grupos, mayor es la probabilidad del incremento del número de contagios. La mayoría de las infecciones se producen por contacto cercano y exposiciones prolongadas a las secreciones respiratorias y a la inhalación de aerosoles con partículas virales en suspensión. De ahí, la conveniencia de limitar la interacción social para frenar la transmisión del virus, ya que son estos encuentros los que aumentan estadísticamente la probabilidad de contagio, multiplicando el efecto exposición comparado con otras actividades de la vida cotidiana de toda la comunidad.

La reducción de la movilidad y de la interacción social, y muy especialmente la movilidad nocturna y la limitación de agrupaciones de personas, son las medidas que se han demostrado eficaces para rebajar la transmisión del virus.

Existe por tanto un peligro grave para la salud pública derivado de una enfermedad transmisible, como es la provocada por el SARS-CoV-2, que es preciso erradicar para preservar el derecho a la salud y a la vida. Es obligación de los poderes públicos, como se ha observado en otras resoluciones, “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”, tal como señala el artículo 43.2 de la Constitución Española para garantizar el derecho a la protección de la salud.

Por tanto, en estos momentos con un nivel alto de contagios y la experiencia adquirida en anteriores momentos -tercera ola de la pandemia especialmente- se hace básico seguir manteniendo estas medidas que puedan coadyuvar a paliar la transmisión del virus. Y en este sentido se consideran medidas idóneas, capaces, en estos momentos, de conseguir el objetivo primario de disminuir la transmisibilidad del virus y el descenso de infecciones, y el objetivo último de protección de la salud y la vida.

Asimismo, son medidas necesarias -principio de necesidad- en el sentido de no conocerse otras más moderadas para la consecución de ese objetivo final aludido. La única medida no restrictiva sería la vacunación que, a fecha actual, aunque avanza en los grupos de mayor edad, no alcanza a toda la población y, en especial, a los más jóvenes, que son precisamente el colectivo donde se evidencia un mayor grado de transmisión, al ser éstos los que mantienen un mayor nivel de interacción social, especialmente en horario nocturno.

Y no solo ello, la realidad está demostrando que la vacunación no exime de la probabilidad de contagio. Si bien proporciona a la inmensa mayoría de las personas vacunadas una buena protección frente a la enfermedad grave y frente a la hospitalización, el estar vacunado no protege totalmente de la infección y aunque reduzca su sintomatología en modo alguno evita de la probabilidad de transmisión.

Además la efectividad para prevenir la infección asintomática, que es mayor que anteriores ola, y evitar la transmisión de la enfermedad a otras personas es más baja, e incrementa, como ya se ha constatado, el nivel de actuación de la Atención Primaria que está viendo un incremento importante de consultas de pacientes con sintomatología relacionada con la enfermedad derivada de la Covid-19, en detrimento en ocasiones, de la atención de pacientes con otras patologías, y que consecuentemente ponen en riesgo también su salud.

A ello se une el número de variantes del SARS-CoV-2, ya que las diferentes mutaciones presentes en las variantes pueden atribuirles un mayor impacto potencial en la salud pública a través de varios aspectos: aumento en la transmisibilidad, aumento en la gravedad y escape a la respuesta inmune adquirida tras infección natural o generada por algunas vacunas, tal como se induce del informe de la Subdirectora General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental. En especial la variante Delta que cada vez está más extendida, considerando por los epidemiólogos que la nueva ola está relacionada directamente con su presencia dado que es una variante mucho más transmisible. Se produce una situación acelerada en la transmisibilidad del virus, que no permite optar por otras medidas menos restrictivas que las que la resolución propone, dado que no tienen el mismo potencial de eliminación de riesgo.

Por ello, se hace totalmente indispensable que, en aquellas localidades que actualmente refleja el informe de epidemiología con un aumento importante de los indicadores, se adopten medidas genéricas para toda la población residente para limitar la transmisión. No es posible discriminar a las personas vacunadas de las no vacunadas en tanto que la inmunidad adquirida con la vacunación no exime de poder contagiarse ni de ser transmisor.

Como ya se expresó en anterior resolución, la idea de que las personas adultas, que son porcentualmente las más vacunadas, ya están protegidas por ello y que los jóvenes en proceso de vacunación afrontan más levemente la enfermedad, no es exacta. La vacuna no es una garantía por sí misma de total inmunidad. Por ello, en momentos puntuales, cuando los índices de transmisibilidad se disparan, como ocurre en estos momentos, se hace imprescindible por razón de salud pública, adoptar medidas más restrictivas que, aunque limiten derechos que esta autoridad sanitaria deba proteger, impera el derecho fundamental de protección de la vida.

Estas medidas que se proponen son proporcionadas y equilibradas -principio de proporcionalidad- por derivarse de ellas más beneficios que perjuicios sobre otros bienes y valores en conflicto. La efectividad de la debida protección del derecho fundamental de protección de la salud, artículo 15 del texto constitucional, se entrecruza con otros derechos fundamentales, como son la libre circulación y la reunión. En la colisión de esos derechos fundamentales, la cuestión es determinar qué nivel de limitación es preciso implementar. Y en este conflicto, a la Administración le incumbe observar el principio de proporcionalidad, es decir, que su invasión respecto a un derecho fundamental sea apropiada y necesaria para alcanzar su finalidad, debiendo ésta ser constitucionalmente legítima.

Como ya se invocó anteriormente, es doctrina consolidada del Tribunal Constitucional la de que, conforme a la STC 53/1985, el derecho fundamental que se proclama en el artículo 15 de la Constitución ha de caracterizarse del siguiente modo:

“Dicho derecho a la vida, reconocido y garantizado en su doble significación física y moral por el art. 15 de la Constitución, es la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional -la vida humana- y constituye el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible”.

Asimismo, las medidas limitativas que se establecen, imprescindibles y temporales, recogen un elenco de excepciones tanto en lo referente a la libertad de circulación

nocturna como a la libertad de reunión, que justifican que no estemos ante una restricción de derechos fundamentales, que esta autoridad sanitaria ni quiere ni puede sobrepasar.

Son medidas que tienen un carácter “quirúrgico” en aras a un interés superior, que minimiza su afectación a esos otros intereses y que favorece la vuelta a la normalidad y a un pronto desarrollo de la reactivación de la actividad social y económica.

Siguen siendo medidas que no suponen en modo alguno la suspensión de derechos, sino que se ciñen a limitarlos en espacio y tiempo, es decir, durante periodos y en espacios concretos, aquellas localidades que tienen un alto nivel de incidencia, todo con esa finalidad de mayor de mayor contención de la transmisión señalada, medidas por tanto que cumplen con el principio de proporcionalidad señalado y de adecuación. Y aquí se vuelve a reiterar, como se ha realizado en anteriores resoluciones, el Auto 173/2021, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana, “..... La suspensión tiene una connotación o carácter absoluto respecto del ejercicio de un derecho, en tanto que el componente propio de la limitación es la relatividad. Limitar, como su propio nombre indica, es poner límites a algo, en este caso fijar la extensión de los derechos y facultades de alguien. La suspensión es la privación completa, aunque sea solo por algún tiempo. Por eso, la restricción de la circulación y deambulación en un horario determinado y -además- con todo un elenco de importantes excepciones, supone solamente la limitación de la libertad ambulatoria, pero no su suspensión”.

Estas medidas que se pretenden establecer, son medidas que son adoptadas por la autoridad competente en materia de salud pública, se basan en los fundamentos de derecho que esta propia resolución recoge, en especial, la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, persiguen ese fin constitucionalmente legítimo, ya aludido, como es la defensa de la salud pública, la integridad física y la salud de la población, y que siguen resultando indispensables en estos momentos hasta que se pueda llegar a una situación de normalidad.

Estas circunstancias que han supuesto un retroceso en los objetivos conseguidos, aconsejan a las autoridades sanitarias el restablecer aquellas que suponen una mayor efectividad, la limitación de la movilidad de las personas en un horario concreto y la reducción del número de personas en ambientes familiares y sociales privados.

Es por ello por lo que se propone que, en los municipios incluidos en los departamentos con mayor riesgo y población superior a 5.000 habitantes, y solamente ellos y en un periodo superior a anteriores resoluciones, se limite la circulación de personas en horario nocturno de 1 a 6 de la mañana. En estos momentos, los municipios que se sitúan en riesgo muy alto se han incrementado ostensiblemente cuando se compara con la situación a fecha 6 de julio de 2021, fecha del anterior informe de epidemiología, fiel reflejo del avance de la transmisión.

Estos municipios son, tal como propone el informe epidemiológico, ”Banyeres de Mariola, Callosa d’En Sarrià, Gata de Gorgos, Muro de Alcoy, Ondara, Sax, Alcalà de Xivert, Almenara, Borriol, Oropesa del Mar/Orpesa, Peníscola/Peñíscola, Torreblanca, Almussafes, Buñol, Foios, Xeraco, Massanassa, Museros, Olleria (l’), Pobla de Farnals (la), Puig, Rafelbuñol/Rafelbunyol, Rocafort, Turís, Vilamarxant, Alfàs del Pi (l’), Calp, Callosa de Segura, Nucia (la), Pego, Teulada, Benicasim/Benicàssim, Onda, Albal, Alboraya, Alcàsser, Alfafar, Alginet, Benaguasil, Benetússer, Benifaió, Bétera, Canals, Chiva, Eliana (l’), Godella, Massamagrell, Meliana, Picassent, Pobla de Vallbona (la),

Puçol, Requena, Riba-roja de Túria, Silla, Tavernes de la Valldigna, Utiel, Alicante/Alacant, Benidorm, Dénia, Santa Pola, San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig, Villajoyosa/Vila Joiosa (la), Borriana/Burriana, Vila-real, Vinaròs, Aldaia, Burjassot, Xirivella, Gandia, Manises, Mislata, Oliva, Paiporta, Paterna, Sagunto/Sagunt, Sueca y Valencia.».

7.2 Nuestro juicio constitucional de proporcionalidad de las medidas.

De acuerdo siempre con la doctrina del TC (véase, por todas, la STC 14/2003, además de la propia STC 173/2011), recordamos que el juicio de proporcionalidad encierra tres aspectos, a saber: (i) si la medida es susceptible de conseguir el objetivo propuesto –juicio de idoneidad-, (ii) si es necesaria, en el sentido de que no exista otra medida más moderada para la consecución del propósito con igual eficacia –juicio de necesidad- y (iii) si es ponderada o equilibrada, por derivarse de ella más beneficios o ventajas para el interés general que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto –juicio de proporcionalidad en sentido estricto-.

Pues bien, el examen de la justificación y circunstancias transcritas en el anterior apartado revelan el cumplimiento de tales requisitos. Veamos.

7.2.1 Según resulta de las explicaciones plasmadas en la resolución y de los informes técnicos aportados (damos aquí por reproducidos los datos estadísticos y restantes actuaciones e informaciones -especialmente las técnicas y objetivas- en que los mismos se basan), las causas más importantes del incremento exponencial comprobado en transmisión del coronavirus SARS-CoV2 atañen al marco de las relaciones sociales y el ocio nocturno no reglado. Las medidas que ahora examinamos (limitación de las agrupaciones o reuniones de carácter familiar y/o social a un número máximo de 10 personas y limitación en la circulación de personas entre las 01.00 horas y las 6.00 horas) precisamente, en cuanto inciden en esos ámbitos de riesgo actuando prescripciones específicas para los mismos (en un caso se acota numéricamente las agrupaciones y reuniones sociales, y en el otro se inhabilita el horario y lugares en que con más frecuencia se produce el ocio nocturno no reglado), es claro que presentan aptitud para minimizar esos focos de contagio y -por ende- sus efectos. La experiencia adquirida en la tercera ola en la Comunidad Valenciana muestra que la limitación en la circulación de personas en horario nocturno y la limitación de grupos de personas son suficientemente eficaces para interrumpir la propagación del SARS-Cov-2. Esto es, se trata de medidas susceptibles de conseguir el objetivo propuesto, con lo que queda cumplimentado el juicio de idoneidad.

7.2.2 También consideramos que las de referencia son medidas necesarias en el sentido de no conocerse otras medidas más moderadas para la consecución del propósito con igual eficacia. La experiencia práctica que ahora tenemos y se pone de manifiesto en las justificaciones de referencia es que medidas más laxas que las que aquí se trata no han funcionado correctamente en relación al objetivo evidente que se persigue. Entendemos también, por tanto, que las medidas son indispensables si se quiere obtener el objetivo de reducir o -al menos- minimizar el incremento de la transmisión del virus (juicio de necesidad).

Hemos visto en el anterior apartado que el mayor -y muy elevado- porcentaje de los brotes activos se residencia en el ámbito social, especialmente cuando se producen agrupaciones de personas en las que resulta difícil llevar la mascarilla de forma permanente.

En particular, y en lo que hace a la medida de limitación de la circulación nocturna entre las 01,00 y las 06,00 horas, queremos remarcar que la superación del canon constitucional del juicio de necesidad lo que requiere es que no exista otra medida más moderada para la consecución del propósito con igual eficacia. Obvio es decir que para intentar impedir la actividad de ocio nocturno conocida como “botellón” existen otras medidas distintas de la limitación de la circulación nocturna, pero también nos parece claro que la eficacia es mucho menor que la del denominado “toque de queda”, como fácilmente hemos podido apreciar en la comparativa de lo sucedido entre los lugares y momentos en los que existía limitación de la circulación nocturna y aquellos otros en los que no se daba tal limitación. Es lo que -como expresamos en nuestro auto 195/2021- se explica en el Informe del Inspector Jefe, Jefe Adjunto de la Unidad de la Policía Nacional adscrita a la Comunitat Valenciana, el que, con base en los datos y explicaciones que contiene tal informe, viene a concluir que “(p)or tanto, lo que es posible afirmar desde el punto de vista policial, en cuanto al control y supervisión de las medidas restrictivas que se han venido aplicando, es que la ya citada de restricción nocturna ha sido una de las más eficaces, y su anulación podría contribuir notablemente a una pérdida de control en cuanto a la multiplicación de contactos sociales ...”; lo cuál fue complementado y actualizado en el informe de la Comisaria Jefa de la Unidad de la Policía Nacional Adscrita a la Comunidad Valenciana a que nos referimos en nuestro auto nº 271/2021. En tal informe, entre otras cosas y en atención a las razones y datos que el mismo contiene, se expresa que la experiencia acumulada durante el periodo de pandemia muestra que la medida de restricción de la movilidad nocturna ha sido -junto al uso obligatorio de la mascarilla- la medida más eficaz, por cuanto la naturaleza de la misma y su horario -nocturno- permite detectar con suficiente claridad los incumplimientos. También se indica que la actividad social en dicho horario está desarrollada, en su mayoría, por sectores jóvenes de población, especialmente aquellos que se comprenden entre los 15 y los 30 años, presentando este sector una altísima incidencia en cuanto al número de contagios y siendo, además, en este momento de período estival y perteneciendo a uno de los últimos sectores de población a los que se va a inmunizar mediante la vacunación. Además, el informe termina señalando que, aun cuando se aplican otras medidas como el control de aforos u horarios de los locales o establecimientos de ocio nocturno, no son suficientes ni tan eficaces como la citada medida, siendo prueba de ello que la experiencia evidencia de forma reiterada que, no existiendo restricciones de movilidad nocturna, tras el cierre de los locales o establecimientos se producen concentraciones espontáneas de personas que continúan con actividades de ocio, en un contexto y circunstancias en las que la relajación de las medidas de autoprotección es de difícil cumplimiento y control. Nuevamente, con la solicitud de medidas de que ahora se trata vuelve a acompañarse un informe de la precitada Comisaria Jefa de la Unidad de la Policía Nacional Adscrita a la Comunidad Valenciana, que abunda en los anteriores y todavía aporta más datos (entre otros la evidencia de las diferencias -incluyendo las de resultados policiales- entre los municipios dentro de esta propia Comunidad donde en los últimos días tenía aplicación el “toque de queda” y aquellos otros en los que no (pese a los esfuerzos policiales realizados en estos últimos).

Este aspecto del juicio de necesidad nos importa mucho. Queremos volver a subrayar que la valoración positiva de su concurrencia no queda afectada por la existencia de otros medios menos gravosos dirigidos hacia el mismo objetivo, sino que tales medios menos gravosos tendrían que tener una eficacia pareja (lo que, como hemos visto, no se da en el caso). Y es aquí donde queremos retomar la recientísima STC de 14 de julio de 2021, que nuevamente -al referirse al juicio de necesidad- vuelve a remarcar esta precisión. Así (véase el primer párrafo de la página 42 del texto de la sentencia facilitado), se refiere al juicio de necesidad explicando que debe enjuiciarse para su concurrencia en la medida “si

resulta, además, necesaria, por no existir otra menos incisiva en el derecho fundamental y de eficacia pareja(el subrayado es nuestro)”

7.2.3 Finalmente, también consideramos que las medidas son proporcionadas en sentido jurídico estricto. Así, además del resto de razones que en relación con este requisito ofrece el acto administrativo (y que aquí, nuevamente, damos por reproducidas), es de observar en relación con la limitación horaria de la circulación de personas -la medida de mayor intensidad de las que analizamos- que no sólo ofrece las ventajas para el interés general que hemos visto en el apartado 7.2.1, sino que, por la franja horaria que involucra -apenas 5 horas, entre las 01.00 horas a las 6,00 horas- y las muy importantes excepciones que incluye, minimiza su afectación a la actividad económica. Por eso, apreciamos que estas medidas tratan de conjugar o encajar de la mejor manera posible las dos “piezas” más importantes (salud y economía -por este orden-) de este insólito puzzle que representa la actual pandemia. Además, la limitación de la circulación queda circunscrita a los municipios de más alto riesgo de transmisión (por su incidencia acumulada y -especialmente- por tener más población y -por tanto- mayor interacción social y probabilidad de exposición); esto es, ni siquiera se trata de una limitación generalizada a toda la Comunidad Autónoma (concretamente los municipios en estado de alerta 4 con más de 5.000 habitantes).

No podemos dejar de remarcar, además, (i) la expansión de la variante Delta -mucho más contagiosa-, (ii) el actual crecimiento exponencial de contagios -nos encontramos ya en un nivel de riesgo alto o alerta 3 y en algunos departamentos en nivel de riesgo muy alto o alerta 4-, (iii) el importante aumento de las hospitalizaciones -desde el informe anterior se ha producido un nuevo incremento del 182% de pacientes hospitalizados y del 225,8% en las camas de críticos-, y (iv) la situación cercana al colapso que se está ya produciendo en los centros de Atención Primaria -actualmente sobresaturados-; todo ello con las consecuencias que han quedado explicitadas en el apartado 7.1 de este razonamiento jurídico.

Por ello, conceptuamos estas medidas como equilibradas, por derivarse de ellas más beneficios para el interés general -contención de la pandemia- que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto.

Con todo esto queda cumplimentado el juicio de proporcionalidad en sentido estricto.

7.3 Conclusión.

Todo lo anterior nos lleva a concluir que, tal como exige nuestro Tribunal Supremo en su sentencia 788/2021, la justificación sustantiva de las medidas sanitarias solicitadas está a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de derechos fundamentales de que se trata.

7.4 Consideración adicional.

Como reflexión final, ya nos referimos en nuestro anterior auto 271/2021 al distinto ámbito espacial al que quedan circunscritas las dos medidas sometidas a nuestra autorización; la limitación de la circulación de personas a determinados municipios de la Comunidad Valenciana, y la limitación del número máximo de personas en reuniones familiares y sociales a todo el territorio de la Comunidad Autónoma.

Ya dijimos que, aunque no observamos en la resolución administrativa y solicitud de autorización que aquí analizamos una explicación específica respecto del diferente ámbito espacial de ambas medidas, sí que del conjunto de la información que se nos facilita podemos extraer las razones de tal diferencia.

Entendemos que el factor de selección que se opera respecto de la primera medida viene determinado por su mayor intensidad de afectación al núcleo de derechos fundamentales y en aras de preservar el principio de proporcionalidad en sentido estricto. No cabe duda que ambas medidas inciden en la esfera de derechos fundamentales (libertad ambulatoria y derecho de reunión, respectivamente), pero nos parece claro que, tanto por el tipo de derecho fundamental como -sobre todo- por la intensidad de afectación, la aflicción de derechos fundamentales no es la misma.

Además, apreciamos que la limitación del máximo de personas en reuniones se encuentra coherente y resulta acompañada con el resto de medidas sanitarias adoptadas en aquel momento de manera conjunta por la Administración y que, igualmente que ésta, se dictaron para todo el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma. Es cierto que esas otras medidas no fueron sometidas a nuestra autorización (por no afectar a derechos fundamentales), pero esto no impide reconocer la relación y complementariedad entre ambos tipos de medidas. El que unas y otras no tengan la misma naturaleza (por afectar o no a derechos fundamentales) no obsta a evidenciar su común finalidad y una cierta interdependencia entre las mismas.

En cualquier caso, e incluso al margen de lo anterior, juzgamos (por todo lo razonado *ut supra*) que esta medida -con la proyección espacial que postula- supera el canon constitucional de proporcionalidad.

Vistos los preceptos y razonamientos jurídicos expuestos, y demás de general y pertinente aplicación.

LA SALA ACUERDA:

Autorizar las medidas adoptadas en la resolución de 21 de julio de 2021, de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se acuerdan medidas relativas a la circulación de personas en determinados municipios de la Comunidad Valenciana, y a la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados en todo el ámbito de la Comunidad Valenciana, como consecuencia de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19, durante el período comprendido entre el 26 de julio y el 16 de agosto de 2021..

Contra esta resolución cabe **RECURSO DE CASACIÓN** interponer directamente ante el Tribunal Supremo en el plazo de los **TRES DÍAS** siguientes a su notificación.

Lo acuerdan, mandan y firman los Ilmos Sres. Magistrados anotados al margen.
Doy fe.

VOTO PARTICULAR QUE SE FORMULA POR EL ILMO. SR. MAGISTRADO DE LA SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA D. MANUEL J. DOMINGO ZABALLOS, CONFORME AL ARTÍCULO 260 DE LA LEY ORGÁNICA 6/1985 DE 1 DE JULIO, DEL PODER JUDICIAL, FRENTE AL AUTO RECAIDO EN EL PO 246/2021 EN autorización N^o 299/21

Discrepo respetuosamente del parecer jurídico de mis compañeros de Sala, por lo que – en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 260 de la Ley Orgánica 6/1985, del Poder Judicial- formulo voto particular, que baso en las siguientes consideraciones:

Primera.- La resolución de 21 de julio de la Consellera de Sanitat adoptando medidas cuya autorización se insta de este Tribunal, viene a ser reproducción de la dictada el 9 de julio de 2021 por la misma Consellería de Sanitat para surtir efectos durante un período de 14 días desde la publicación. Finalizando el período de efectos el día 25 de este mes de julio, la Consellería prevé los de su nueva resolución desde las 00.00horas del día 26 de julio hasta las 23,59h del 16 de agosto.

El denominado *toque de queda* de una a seis de la mañana, que en la resolución de 9 de julio de 2021 comprendía a 32 municipios, pasa a ampliarse a otros más, sin llegar a comprender el territorio completo de la Comunidad Valenciana. Los enuncia la resolución, teniendo en común estar incluidos en los departamentos con mayor riesgo y población superior a 5.000 habitantes. El mayor período de efectos de las medidas se concreta en 21 días, frente a los catorce de la resolución precedente.

A diferencia de las relativas a la circulación de personas, las medidas recogidas en el ordinal segundo de la parte decisoria de la resolución impugnada, se establecen con efectos en todo el territorio de la Comunidad Valenciana.

El auto mayoritario de la Sala presta su aprobación a las medidas adoptadas sin ningún matiz; ello concluyendo que tal y como exige el Tribunal Supremo en su sentencia 788/2021 , *la justificación de las medidas sanitarias solicitadas está a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de derechos fundamentales de que se trata*. Esa conclusión incluyendo las medidas relativas a la permanencia de grupos de personas en espacios privados y públicos , en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Segunda.- A la vista de la fundamentación de la resolución de la Consellera – y de los informes en que se sustenta- coincido con mis compañeros en la pertinencia de prestar la autorización solicitada de las medidas relativas a la circulación de personas; no así en lo referido a las relativas a la permanencia de grupos de personas en espacios privados y públicos, que se extiende a todo el territorio de la comunidad valenciana.

En mí entendimiento, como he dejado asentado en votos particulares a los autos nº 271/2021 y 293 /2021,(po 245/2021), de las SSTs de 24 de mayo y de 3 de junio últimos (RC 3375/2021 y R.C 3704/2021 respectivamente) resulta que nuestro sistema constitucional de garantías no permite que mediante un acto administrativo autonómico como el de referencia,

se establezcan medidas tan generales por su ámbito espacial y subjetivo tocantes directísimamente al ejercicio de los derechos fundamentales de circulación, reunión e intimidad familiar.

El auto mayoritario invoca la reciente sentencia constitucional de 14-7-2021 en el particular de que refiriendo el juicio de necesidad, acerca de las medidas sanitarias y la procedencia de su adopción afectando a derechos fundamentales por no existir otra menos incisiva en el derecho fundamental y de eficacia pareja. Pues bien, la STC (pleno) de 14-7-2021 no considero que secunde precisamente esa tesis. Sin que sea esta ocasión para extenderme, reparemos en que la sentencia destaca la necesidad de que, cualquier medida adoptada por los poderes públicos que, bien suspendan o bien limiten el ejercicio de los derechos fundamentales, debe atemperarse a las exigencias de la proporcionalidad: *en otro caso, los derechos quedarían a merced de la apreciación de oportunidad de los órganos políticos..* (FJ3, iii),pág 41) y también que, de lo contrario *el derecho afectado quedaría inerme ante el poder público* (FJ 3 , pág 35 del texto).

Tercera.- Al margen de la posición de principio conforme a la jurisprudencia del TS sobre imposibilidad legal de adoptar medidas con alcance tan general, es el caso que la resolución de la Consellería persevera en el ámbito territorial del segundo grupo de medidas sin justificación alguna en ese punto del espacio territorial comprendiendo la totalidad del territorio autonómico. Tampoco lo advierto en el Informe del Fiscal.

El auto del que discrepo, mantiene en su literalidad el razonamiento (consideración final) al respecto recogido en el auto de 12-julio de 2021. Y yo, lo que fuera el contenido de mi voto particular en el auto 271/2021, que me permito reproducir :

<< **Tercera.-** [...] . *En cualquier caso, yerra la resolución jurisdiccional de la que discrepo en su entendimiento de quedar superado el juicio de proporcionalidad de las medidas relativas a la permanencia de grupos de personas en espacios privados y públicos, a pesar de que se extienden a todo el territorio de la Comunidad Valenciana.*

Reconoce el auto que la resolución administrativa, como la solicitud de autorización, no contiene una explicación explícita respecto al diferente ámbito espacial de cada una de las medidas. Sin embargo afirma que del conjunto de la información facilitada se pueden extraer las razones de la diferencia

Leída no ya la resolución, sino los documentos facilitados a la Sala, no advierto la diferencia: ni en el cuidado escrito de solicitud presentado por la Abogada de la Generalitat, ni en el no menos cuidado informe de la Subdirectora General de Epidemiología, Vigilancia de Salud y Sanidad Ambiental, que sirve de fundamento a la misma, aparece la más mínima razón justificativa de la diferencia de tratamiento en el alcance espacial – y por consiguiente subjetivo- de cada una de las medidas recogidas en los ordinales primero y segundo de la parte decisoria de la Resolución autorizada. Tampoco lo advierto en el informe del Fiscal no oponiéndose a la autorización de las medidas. Estamos, por consiguiente- aunque no lo haya apreciado así el auto mayoritario- ante una resolución administrativa incongruente en sí misma.

El auto recoge que el factor de selección que se opera viene determinado por su mayor intensidad de afectación al núcleo de derechos fundamentales... no cabe duda que ambas medidas inciden en la esfera de libertades fundamentales (libertad ambulatoria y derecho de reunión, respectivamente) pero nos parece claro que, tanto por el tipo de derecho fundamental como sobre todo- por la intensidad de la afectación, la aflicción de derechos fundamentales no es la misma. Ocurre, sin embargo que, al tratar el Tribunal Supremo de esta problemática en las sentencias de referencia, se equiparan la libertad de circulación y del derecho a la intimidad familiar, así el derecho de reunión. En mi modesta opinión, por consiguiente esa diferenciación

jurídicamente no existe. Por lo demás, no alcanzo a entender que la aflicción de los derechos fundamentales no sea la misma, algo claro para mis compañeros, sin ir más lejos, el toque de queda se ciñe a cinco horas nocturnas y las otras limitaciones a toda la jornada. En cuanto a que la limitación del máximo de personas en reuniones se encuentre coherente y resulte acompañada con el resto de medidas sanitarias adoptadas, no creo que constituya justificación de la medida con el alcance que se da a la misma, como no lo sería de haber resuelto extender las medidas relativas a la circulación a todo el territorio valenciano.

Para terminar, y en línea con el contenido de otros dos votos particulares recientemente emitidos por el magistrado suscribiente (autos nº 195/2021 y nº 209 / 2021), con la misma cuestión de fondo, la posición que se mantiene no supone negar la atribución de la Consellería de Sanidad, tanto la medida del llamado toque de queda como la de limitación a la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados. En modo alguno, dada la alarmante situación de la pandemia en una parte importante del territorio y afectando a grupos de población muy significativos. Lo que sostengo es que, medidas sanitarias tan restrictivas del derecho de reunión y a la intimidad familiar – en el núcleo duro de nuestro sistema constitucional de libertades públicas y derechos fundamentales- cabe adoptarla, pero en el marco del que he dado cuenta acotado recientemente por el Tribunal Supremo en sus sentencias de 24 de mayo y 3 de junio del corriente año.

Cuarta.- Por todo lo expuesto y en conclusión: las medidas relativas a la permanencia de grupos de personas en espacios privados y públicos -ordinal segundo del Resolvo de la Resolución de 9 de julio de 2021 de la Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública- ha debido autorizarse, si bien ceñido su ámbito al de los municipios donde despliegan efectos las medidas relativas a la circulación de personas.

