



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MEMORIA 2020



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
ACTIVIDAD AÑO 2020	4
PLENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	9
COMPOSICIÓN	10
REUNIONES DEL PLENO DEL CONSEJO	12
COMISIONES, SUBCOMISIONES, GRUPOS DE TRABAJO Y REUNIONES BILATERALES	27
COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO	28
COMISIÓN PERMANENTE DE FARMACIA	30
COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN	35
COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA	37
COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA	48
COMISIÓN DE TRASPLANTES	49
COMITÉ DE DESIGNACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA	53
GRUPO DE TRABAJO DE ESTACIONES DE ESQUÍ	55
GRUPO DE TRABAJO ESTRATEGIA COMUNICATIVA FATIGA PANDÉMICA	56
GRUPO DE TRABAJO EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SNS FRENTE A LA PANDEMIA	58
GRUPO DE TRABAJO DE INCAPACIDAD TEMPORAL	60
GRUPO DE TRABAJO MEDIDAS FESTIVOS DICIEMBRE Y VACACIONES NAVIDEÑAS	62
GRUPO DE TRABAJO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA	64
PONENCIA DE PROGRAMA Y REGISTRO DE VACUNACIONES	65
PONENCIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	70
PONENCIA DE SALUD LABORAL	72
PONENCIA DE SANIDAD AMBIENTAL	77
PONENCIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y PLANES DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ...79	
SUBCOMISIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN	89
SUBCOMISIÓN DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	91
REUNIONES BILATERALES SANIDAD	92
REUNIONES BILATERALES SANIDAD-AGRICULTURA	95
REUNIÓN BILATERAL SANIDAD-CULTURA	98
REUNIÓN BILATERAL SANIDAD-TURISMO	100
COMITÉ CONSULTIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	101
ANEXOS- ACUERDOS CISNS	108



INTRODUCCIÓN

La presente Memoria de actividades del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), viene siendo elaborada por la Secretaría Técnica del Consejo Interterritorial del SNS desde la constitución de este órgano de coordinación, en abril de 1987. Como principal instrumento de configuración del Sistema, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, le atribuye, en su artículo 69, la finalidad de promover la cohesión del mismo y la coordinación entre las Comunidades/Ciudades autónomas y la Administración General del Estado, a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio.

La información recogida en estas páginas, está referida a la actividad desarrollada por el Consejo Interterritorial del SNS en el año 2020, tanto en su funcionamiento en Pleno como a través de Comisiones, Ponencias y Grupos de Trabajo, que se han mantenido activos durante este ejercicio. Asimismo, se recogen datos relativos al Comité Consultivo, órgano dependiente del Consejo Interterritorial del SNS, a través del que se ejerce la participación social en el SNS.

La pandemia causada por la COVID-19 ha sometido al SNS a una tensión sin precedentes y ha puesto de relieve, más que nunca, el papel imprescindible del Consejo Interterritorial del SNS, como órgano clave para garantizar la cohesión del SNS, a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en el ámbito de la salud, en todo el territorio del Estado.

Como indica su Reglamento, El Consejo es el órgano de coordinación, cooperación, comunicación e información entre la Administración General del Estado y las Comunidades/Ciudades autónomas en materia de sanidad, y constituye el principal instrumento colaborativo para la configuración de un SNS cohesionado.

Se pone de relieve la actividad desempeñada por el Consejo Interterritorial del SNS en el año 2020 que, entre sesiones plenarias y de sus órganos dependientes, ha alcanzado la suma de 236 reuniones, con una alta participación de representantes y expertos de las distintas Administraciones y demás sectores que integran las diferentes comisiones y grupos de trabajo.



ACTIVIDAD AÑO 2020

Ante una pandemia como la ocasionada por la COVID-19, la actividad del Consejo Interterritorial de SNS se ha visto multiplicada exponencialmente, tanto en número de reuniones, como en la creación de grupos de trabajo o reuniones bilaterales, orientadas a la toma de decisiones en determinadas materias específicas.

Las reuniones mantenidas a lo largo del año 2020 han sido las siguientes:

	Reuniones
PLENOS CONSEJO INTERTERRITORIAL	68
Comisión Contra la Violencia de Género	2
Comisión Permanente de Farmacia	7
Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación	1
Comisión de Salud Pública	32
Comisión Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria	1
Comisión de Trasplantes	3
Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia	2
Grupo de Trabajo Estaciones de Esquí*	1
Grupo de Trabajo Estrategia Comunicativa Fatiga Pandémica*	2
Grupo de Trabajo Evaluación del desempeño del SNS frente a la pandemia	4
Grupo de Trabajo de Reproducción Humana Asistida	1
Grupo de Trabajo de Incapacidad Temporal*	2
Grupo de Trabajo Medidas Festivos Diciembre y Vacaciones Navideñas*	2
Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones	15
Ponencia de Promoción de la Salud	3
Ponencia de Salud Laboral	12
Ponencia de Sanidad Ambiental	2
Ponencia de Vigilancia Epidemiológica, Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta*	51
Reunión Bilateral Sanidad-Agricultura	14
Reunión Bilateral Sanidad-Cultura	1
Reunión Bilateral Sanidad-Turismo	1
Reunión Bilateral Situación de la pandemia	5
Subcomisión de Sistemas de Información	1
Subcomisión de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	1
COMITÉ CONSULTIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	2
Total reuniones	236



Si se realiza una comparativa de los últimos cinco años, 2020 ha supuesto una abrupta ruptura en la actividad del Consejo Interterritorial del SNS. Hasta el año pasado, el número de reuniones se mantenía estable en cómputo anual. Dicha estabilidad se ha visto interrumpida por la pandemia derivada de la COVID-19, de forma que la actividad se ha multiplicado prácticamente por cuatro, al tener lugar 236 reuniones en 2020 en contraposición con las 81 de 2019.

En este sentido, la actividad se ha visto incrementada, principalmente, en el Pleno, como órgano máximo de coordinación del Consejo Interterritorial del SNS. Así, en 2020 se llevaron a cabo 68 reuniones, casi 14 veces más que las que tuvieron lugar en 2019. Todos estos plenos tuvieron carácter urgente y extraordinario, para realizar un análisis y valoración de la situación de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19). A partir del 9 de diciembre se añadió, además, un punto adicional de información sobre vacunas COVID-19. Asimismo, la actividad de la Comisión de Salud Pública y la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica, Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta, claves para la coordinación de la pandemia, ha aumentado considerablemente. Además, la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones también ha incrementado su actividad, debido a la necesidad de coordinar la vacunación contra la COVID-19.

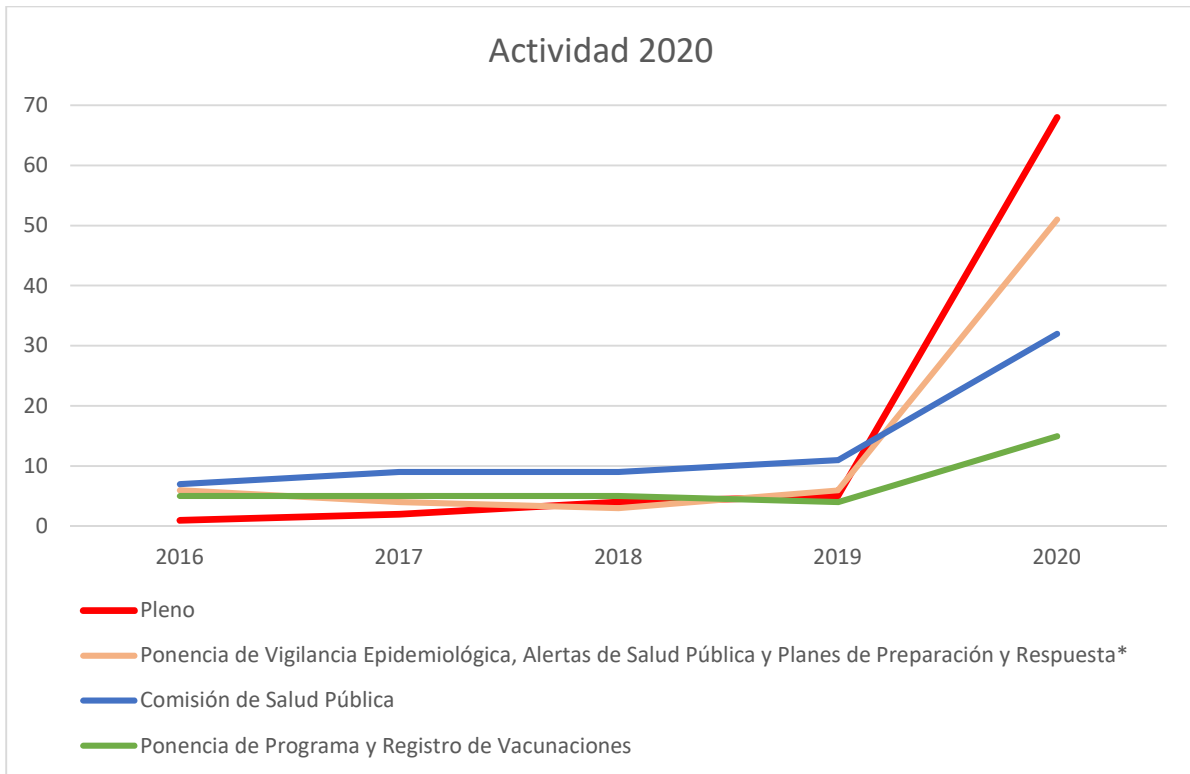
Adicionalmente, se han creado grupos de trabajo específicos para la gestión de aspectos concretos:

- Grupo de Trabajo Evaluación del desempeño del SNS frente a la pandemia.
- Grupo de Trabajo Estaciones de Esquí.
- Grupo de Trabajo Estrategia Comunicativa Fatiga Pandémica.
- Grupo de Trabajo Medidas Diciembre y Vacaciones Navideñas.

Por otro lado, al comienzo de la pandemia se realizaron reuniones bilaterales de Sanidad con las distintas comunidades/ciudades autónomas, con el objetivo de abordar los aspectos más críticos derivados de dicha situación. Asimismo, se han llevado a cabo reuniones bilaterales monográficas en los ámbitos de la Agricultura, la Cultura y el Turismo, para tratar aspectos sectoriales con respecto a la vuelta a la nueva normalidad.



A continuación, el gráfico pone de relieve los órganos del Consejo Interterritorial del SNS que han aumentado su actividad de forma más reseñable en 2020:





Y los datos desagregados de los últimos 5 años:

	2016	2017	2018	2019	2020
Pleno	1	2	4	5	68
Comisión Delegada	1	6	5	5	0
Comisión para Asuntos relacionados con los Consejos de la Unión Europea	2	2	2	2	0
Comisión Contra la Violencia de Género	1	1	0	1	2
Comisión de Coordinación de la Inspección en el SNS	0	0	1	3	0
Comisión Institucional de la Talidomida	-	-	1	0	0
Comisión Permanente de Farmacia	1	3	4	7	7
Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación	1	2	4	3	1
Comisión de Salud Pública	7	9	9	11	32
Comisión Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria	1	2	1	2	1
Comisión de Trasplantes	3	3	4	4	3
Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica	0	1	0	2	0
Comité Científico Técnico de la Talidomida	-	1	0	0	0
Comisión Institucional de la Talidomida	-	-	1	0	0
Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia	7	3	5	5	2
Comité Técnico del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	2	2	1	1	0
Grupo de Trabajo Estaciones de Esquí	-	-	-	-	1
Grupo de Trabajo Estrategia Comunicativa Fatiga Pandémica	-	-	-	-	2
Grupo de Trabajo para el Estudio de medidas para paliar la falta de médicos especialistas	-	2	2	0	0
Grupo de Trabajo Evaluación del desempeño del SNS frente a la pandemia	-	-	-	-	4
Grupo de Trabajo de Incapacidad Temporal	0	0	0	0	2
Grupo de Trabajo Medidas Festivos Diciembre y Vacaciones Navideñas	-	-	-	-	2
Grupo de Trabajo de Reproducción Humana Asistida	-	-	-	3	1
Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones	5	5	5	4	15
Ponencia de Promoción de la Salud	-	-	-	-	3
Ponencia de Salud Laboral	2	3	1	3	12
Ponencia de Sanidad Ambiental	8	1	3	3	2
Ponencia de Vigilancia Epidemiológica, Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta*	6	4	3	6	51
Reunión Bilateral Sanidad-Agricultura	-	-	-	-	14
Reunión Bilateral Sanidad-Cultura	-	-	-	-	1
Reunión Bilateral Sanidad-Turismo	-	-	-	-	1
Reunión Bilateral Situación de la Pandemia	-	-	-	-	5
Subcomisión de Sistemas de Información	1	3	0	2	1
Subcomisión de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	1	1	1	1	1
Comité Consultivo	1	1	2	4	2
Comisión Permanente	1	1	3	4	0
TOTAL	52	58	62	81	236

* Se unifican, a efectos de cómputo, la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y la Ponencia de Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta, al realizarse de forma conjunta en algunas ocasiones.



En la siguiente tabla se muestra la fecha en la que se han realizado las reuniones. En ella se aprecia, de forma clara, el incremento, a partir del mes de marzo -mes en el que da comienzo la pandemia de la COVID-19- de la actividad referida. En este sentido, se percibe cómo ésta varía en función del objeto tratado en las comisiones o grupos de trabajo.

	Nº	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic
PLENOS	68		04. 25	01. 05 09 (2) 10. 11 12. 13 15. 16 18. 25	06. 09 13. 16 20. 21 24. 27 28. 29	04. 08 11. 15 18. 25 29	05. 12 19. 24	01. 09 13. 16 23. 30	04. 12 14. 19 26. 27	02. 09 16. 23 24. 30	07. 14 16. 21 22. 28	04. 11 18. 25	02. 09 16. 23 28
Comisión Contra la Violencia de Género	2						11						11
Comisión Permanente de Farmacia	7		03	03		21		08		.28	13		
Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación	1							14					
Comisión de Salud Pública	32	30	05. 20 25	02. 12	06. 22	14	05. 12 16. 25	02. 07 22	25	03. 10 17. 24 30	15. 22 29	12. 20 27	03. 11 18. 29
Comisión Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria	1							10					
Comisión de Trasplantes	3			31				02				12	
Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia	2		12										16
Grupo de Trabajo Estaciones de Esquí	1											30	
Grupo de Trabajo Estrategia Comunicativa Fatiga Pandémica	2											13. 24	
Grupo de Trabajo Evaluación del desempeño del SNS frente a la pandemia	4										16. 23 29	06	
Grupo de Trabajo de Incapacidad Temporal	2	16		03									
Grupo de Trabajo Medidas Festivos Diciembre y Vacaciones Navideñas	2											20. 27	
Grupo de Trabajo de Reproducción Humana Asistida	1		26										
Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones	15	23	17		21	08	12			17	21	16. 19 23. 24	11. 16 23. 30
Ponencia de Promoción de la Salud	3						09			29	27		
Ponencia de Salud Laboral	12		07	12. 20 30	08. 27	6/7	8	13	26	21		16	
Ponencia de Sanidad Ambiental	2	21	18										
Ponencia de Vigilancia Epidemiológica, Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta*	51	29. 31	03. 06 13. 19 25. 26 28	02. 04 06. 10 16. 19 24. 30	02. 06 08. 16 22. 24 27	05. 12 19. 29	05. 10 18. 23	02. 09 16. 23	03. 07 21	07. 17 22. 30	06. 13 28	17. 26 30	09. 15
Subcomisión de Sistemas de Información	1						19						
Subcomisión de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	1						02						
Reunión Bilateral Situación de la Pandemia	5			22. 23 24. 26 27									
Reunión Bilateral Sanidad-Agricultura	14						15	24	03. 17 24. 31	07. 14 21. 28	08. 19 26	24	
Reunión Bilateral Sanidad-Cultura	1										16		
Reunión Bilateral Sanidad-Turismo	1						12						
Comité Consultivo	2		13	09									
TOTAL	236	6	19	35	22	14	21	18	15	24	22	23	17



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MEMORIA 2020 (CISNS)

PLENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



COMPOSICIÓN

1 DE ENERO DE 2020

PRESIDENTA: Sra. D^a. MARIA LUISA CARCEDO ROCES
Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

SECRETARIO: Sr. D. FAUSTINO BLANCO GONZÁLEZ
Secretario General de Sanidad y Consumo

CONSEJEROS/AS:

- Excma. D^a. Miren Nekane Murga Eizagaechearría. Consejera de Salud. (País Vasco).
- Hble. D^a Alba Vergés i Bosch. Consejera de Salud. (Cataluña).
- Excmo. Sr. Jesús Vázquez Almuiña. Consejero de Sanidad. (Galicia).
- Excmo. Sr. D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz. Consejero de Salud y Familias. (Andalucía).
- Ilmo. Sr. D. Pablo Ignacio Fernández Muñoz. Consejero de Salud. (Asturias).
- Excmo. Sr. D. Miguel Javier Rodríguez Gómez. Consejero de Sanidad. (Cantabria).
- Excma. Sra. D^a. Sara Alba Corral. Consejera de Salud. (La Rioja).
- Excmo. Sr. D. Manuel Villegas García. Consejero de Salud. (Murcia).
- Hble. Sra. D^a Ana Barceló Chico. Consejera de Sanidad Universal y Salud Pública. (C. Valenciana).
- Excma. Sra. D^a. Pilar Ventura Contreras. Consejera de Sanidad. (Aragón).
- Excmo. Sr. D. Jesús Fernández Sanz. Consejero de Sanidad. (Castilla-La Mancha).
- Excma. Sra. D^a. María Teresa Cruz Oval. Consejera de Sanidad. (Canarias).
- Excma. Sra. D^a. María Santos Induráin Orduna. Consejera de Salud. (Navarra).
- Excmo. Sr. D. José M^a Vergeles Blanca. Consejero de Sanidad y Políticas Sociales. (Extremadura)
- Hble. Sra. D^a. Patricia Juana Gómez i Picard. Consejera de Salud. (Islas Baleares).
- Excmo. Sr. D. Enrique Ruiz Escudero. Consejero de Sanidad. (Madrid).
- Excma. Sra. D^a. Verónica Casado Vicente. Consejera de Sanidad. (Castilla y León).
- Excmo. Sr. Fco. Javier Guerrero Gallego. Consejero de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. (Ceuta).
- Excmo. Sr. D. Mohamed Mohand. Consejero de Economía y Políticas Sociales. (Melilla).



31 DE DICIEMBRE DE 2020

PRESIDENTE: Sr. D. SALVADOR ILLA ROCA
Ministro de Sanidad

SECRETARIA: Sr. D^a SILVIA CALZÓN FERNÁNDEZ
Secretaria de Estado de Sanidad

CONSEJEROS/AS:

- Excm. D^a. Gotzone Sagardui Goikoetxea. Consejera de Salud. (País Vasco). (08-09-20)*
- Hble. D^a Alba Vergés i Bosch. Consejera de Salud. (Cataluña).
- Excmo. Julio García Comesaña. Consejero de Sanidad. (Galicia). (06-09-20)*
- Excmo. Sr. D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz. Consejero de Salud y Familias. (Andalucía).
- Ilmo. Sr. D. Pablo Ignacio Fernández Muñiz. Consejero de Salud. (Asturias).
- Excmo. Sr. D. Miguel Javier Rodríguez Gómez. Consejero de Sanidad. (Cantabria).
- Excm. Sra. D^a. Sara Alba Corral. Consejera de Salud. (La Rioja).
- Excmo. Sr. D. Manuel Villegas García. Consejero de Salud. (Murcia).
- Hble. Sra. D^a Ana Barceló Chico. Consejera de Sanidad Universal y Salud Pública. (C. Valenciana).
- Excm. Sra. D^a. Sira Repollés Lasheras. Consejera de Sanidad. (Aragón). (14-05-20)*
- Excmo. Sr. D. Jesús Fernández Sanz. Consejero de Sanidad. (Castilla-La Mancha).
- Excm. Sra. D. Blas Gabriel Trujillo Oramas. Consejero de Sanidad. (Canarias). (20-06-20)*
- Excm. Sra. D^a. María Santos Induráin Orduna. Consejera de Salud. (Navarra).
- Excmo. Sr. D. José M^a Vergeles Blanca. Consejero de Sanidad y Políticas Sociales. (Extremadura).
- Hble. Sra. D^a. Patricia Juana Gómez i Picard. Consejera de Salud. (Islas Baleares).
- Excmo. Sr. D. Enrique Ruiz Escudero. Consejero de Sanidad. (Madrid).
- Excm. Sra. D^a. Verónica Casado Vicente. Consejera de Sanidad. (Castilla y León).
- Excmo. Sr. Fco. Javier Guerrero Gallego. Consejero de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. (Ceuta).
- Excmo. Sr. D. Mohamed Mohand. Consejero de Economía y Políticas Sociales. (Melilla).

* Fecha de nombramiento.



REUNIONES DEL PLENO DEL CONSEJO

A continuación, se detallan el Orden del Día y los Acuerdos adoptados en los Plenos del Consejo Interterritorial del SNS, realizados a lo largo del año 2020.

PLENO 125 (4 de febrero de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el virus 2019-nCoV (Virus de Wuhan).

PLENO 126 (25 de febrero de 2020 a las 16.30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 127 (1 de marzo de 2020 a las 12.00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 128 (5 de marzo de 2020 a las 13.00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 129 (9 de marzo de 2020 a las 13.00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 130 (9 de marzo de 2020 a las 18.00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 131 (10 de marzo de 2020 a las 20:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 132 (11 de marzo de 2020 a las 20.00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).



PLENO 133 (12 de marzo de 2020 a las 20.00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

- 1 *El cierre de las estaciones de Esquí, dando ya fin a la temporada y la suspensión de las Oposiciones de las distintas CCAA. (1317).*

PLENO 134 (13 de marzo de 2020 a las 20.00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 135 (15 de marzo de 2020 a las 19.30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 136 (16 de marzo de 2020 a las 19.00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 137 (18 de marzo de 2020 a las 19:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 138 (25 de marzo de 2020 a las 13:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

- 2 *Aprobar los criterios de distribución de fondos para hacer frente a la crisis del COVID-19, de acuerdo con el artículo 151 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico, del Sector Público, según se recoge en el ANEXO I. (Ver acuerdos-anexos). (1318).*

PLENO 139 (6 de abril de 2020 a las 18:00). Extraordinario

- Situación actual, evolución y escenarios futuros de la crisis sanitaria por COVID-19:
 1. Comunicación de interlocutor de cada CCAA para medidas de “desescalamiento”.



2. Facilitar listado de infraestructuras disponibles para medidas de aislamiento.
3. Guía para aplicación y desarrollo comunitario de test diagnósticos para COVID-19.
4. Importancia y necesidad de homogeneizar datos para consolidar la información.

PLENO 140 (9 de abril de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19):
 - Situación de los profesionales sanitarios afectados por COVID-19.

PLENO 141 (13 de abril de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 142 (16 de abril de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 143 (20 de abril de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 144 (21 de abril de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Propuesta de Acuerdo para la realización del Estudio Nacional de Epidemiología de la infección por SARS CoV-2 en España (ENE-COVID).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

3 Aprobar el acuerdo por el que todas las Comunidades Autónomas prestarán su colaboración y apoyo imprescindible para la realización del Estudio Nacional Epidemiológico de la infección por SARS-CoV2 en España, según se recoge en el ANEXO II. (Ver acuerdos-anexos). (1319).

PLENO 145 (24 de abril de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).



PLENO 146 (27 de abril de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 147 (28 de abril de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 148 (29 de abril de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Información y valoración del “Plan para la Transición hacia una nueva normalidad” desde la crisis sanitaria por COVID-19.

PLENO 149 (4 de mayo de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

- 4 *Aprobar el documento relacionado con la estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de Covid-19. Indicadores de seguimiento. (1320).*

PLENO 150 (8 de mayo de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 151 (11 de mayo de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 152 (15 de mayo de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 153 (18 de mayo de 2020 a las 18:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

- 5 *Ampliar el uso obligatorio de las mascarillas, en todo el territorio nacional,*



*siempre que no pueda garantizarse la distancia interpersonal de dos metros.
(1321)*

PLENO 154 (25 de mayo de 2020 a las 18:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 155 (29 de mayo de 2020 a las 18:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 156 (5 de junio de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 157 (12 de junio de 2020 a las 17:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 158 (19 de junio de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 159 (24 de junio de 2020 a las 19:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 160 (1 de julio de 2020 a las 18:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 161 (9 de julio de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 162 (13 de julio de 2020 a las 16:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).



PLENO 163 (16 de julio de 2020 a las 18:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

6 *Aprobar Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19, con la abstención de la Comunidad autónoma de Galicia, según se recoge en el ANEXO III. (Ver acuerdos-anexos). (1322).*

PLENO 164 (23 de julio de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 165 (30 de julio de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 166 (4 de agosto de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 167 (12 de agosto de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 168 (14 de agosto de 2020 a las 12:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).
 - Propuesta de acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la declaración de actuaciones coordinadas en Salud Pública para actuar ante la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID-19.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

7 *La declaración de actuaciones coordinadas en salud pública para actuar ante la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID-19, según se recoge en el ANEXO IV. (Ver acuerdos-anexos). (1323).*



PLENO 169 (19 de agosto de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

8 *Se acuerda el uso de la aplicación "Radar COVID", con carácter de prueba, hasta que no estén firmados los convenios con las Comunidades Autónomas, previo informe favorable de la Agencia de protección de datos, según se recoge en el ANEXO V. (Ver acuerdos-anexos). (1324).*

PLENO 170 (26 de agosto de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 171 (27 de agosto de 2020 a las 10:00). Extraordinario (Educación)

- Punto único: Previsiones y pautas de actuación para el inicio del curso escolar 2020-2021:
 - Propuesta de acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la declaración de actuaciones coordinadas en Salud Pública frente a COVID-19, para centros educativos durante el curso 2020-21, vacunación frente a la gripe.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

9 *Adoptar en coordinación con la Conferencia Sectorial de Educación, la declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública frente al COVID-19, para Centros Educativos durante el curso 2020-2021, según se recoge en el ANEXO VI. (Ver acuerdos-anexos). (1325).*

10 *Aprobar la declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública en relación con la Vacunación frente a la Gripe, según se recoge en el ANEXO VII. (Ver acuerdos-anexos). (1326).*

PLENO 172 (2 de septiembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 173 (9 de septiembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).



- Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la declaración de actuaciones coordinadas en Salud Pública para reforzar la aplicación de las medidas de control de la COVID-19 en los próximos meses.
- Acuerdo relativo a la incorporación de profesionales del Ministerio de Defensa para colaborar en las tareas de identificación y control en el marco de la estrategia de detección precoz y vigilancia del COVID-19.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

11 Aprobar la declaración de actuaciones coordinadas en Salud Pública para reforzar la aplicación de las medidas de control de la COVID-19 en los próximos meses, según se recoge en el ANEXO VIII. (Ver acuerdos-anexos). (1327).

12 Aprobar la incorporación de profesionales del Ministerio de Defensa para colaborar en las tareas de identificación y control de contactos en el marco de la “Estrategia de detección precoz y vigilancia y control de la COVID-19”, con la abstención de las Comunidades Autónomas del País Vasco y Cataluña, según se recoge en el ANEXO IX. (Ver acuerdos-anexos). (1328).

PLENO 174 (16 de septiembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 175 (23 de septiembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 176 (24 de septiembre de 2020 a las 9:00). Extraordinario (Educación)

- Punto único: Valoración de inicio de curso 2020-21 desde el punto de vista educativo y sanitario.

PLENO 177 (30 de septiembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

13 Aprobar la declaración de actuaciones coordinadas en Salud Pública para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, con el voto negativo de las



Comunidades Autónomas de Cataluña, Galicia, Andalucía, Comunidad de Madrid y la Ciudad Autónoma de Ceuta y el voto de abstención de la Región de Murcia, según se recoge en el ANEXO X. (Ver acuerdos-anexos). (1329).

PLENO 178 (7 de octubre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).
 - Acuerdo para la constitución de un grupo de trabajo en el seno del CISNS para definir el marco para la realización de una evaluación independiente del desempeño del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

14 Aprobar la constitución de un grupo de trabajo en el seno del CISNS para definir el marco para la realización de una evaluación independiente del desempeño del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia de COVID-19, según se recoge en el ANEXO XI. (Ver acuerdos-anexos). (1330).

PLENO 179 (14 de octubre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 180 (16 de octubre de 2020 a las 9:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis de los requisitos sanitarios en los eventos culturales en el contexto de la crisis sanitaria de la COVID-19.

PLENO 181 (21 de octubre de 2020 a las 16:00). Extraordinario (Política Universitaria)

- Punto único: Compartir información sobre la situación e impacto de la pandemia del COVID-19 en las universidades españolas, desde el punto de vista académico y sanitario.

PLENO 182 (22 de octubre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

15 Aprobar el documento de Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19, con el voto particular de abstención de la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad de Madrid, según se recoge



en el ANEXO XII (Ver acuerdos-anexos) (1331).

PLENO 183 (28 de octubre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

1. Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19).
2. Propuesta de Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la declaración de actuaciones coordinadas en Salud Pública, para responder a la situación de especial riesgo que se deriva de la asistencia de público a acontecimientos deportivos profesionales de carácter internacional, durante la fase de transmisión no controlada de infecciones causadas por el Sars-Cov-2.
3. Plan Anual de Trabajo 2020 de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS y criterios para la distribución de créditos destinados a su financiación.
4. Propuesta de acuerdo de criterios para la distribución de créditos destinados al programa de reasentamiento y reubicación de refugiados del ejercicio 2020.
5. Propuesta de acuerdo de criterios para la distribución de créditos destinados al programa del año 2020, de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos/as médicos/as, odontólogos/as, farmacéuticos/as y enfermeros/as y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos (disposición Adicional Sexta del Real Decreto-Ley 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

- 16 Aprobar la declaración de actuaciones coordinadas en Salud Pública para responder a la situación de especial riesgo que se deriva de la asistencia de público a acontecimientos deportivos profesionales de carácter internacional, durante la fase de transmisión no controlada de infecciones causadas por el Sars-Cov-2, con el voto expreso en contra de la Comunidad Autónoma del País Vasco, según se recoge en el ANEXO XIII. (Ver acuerdos-anexos). (1332).*
- 17 Aprobar el Plan Anual de Trabajo 2020 de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS y criterios para la distribución de créditos destinados a su financiación, según se recoge en el ANEXO XIV. (Ver acuerdos-anexos). (1333).*
- 18 Aprobar la propuesta de criterios para la distribución de créditos destinados al*



programa de reasentamiento y reubicación de refugiados del ejercicio 2020, según se recoge en el ANEXO XV. (Ver acuerdos-anexos). (1334).

19 Aprobar los criterios para la distribución de créditos destinados al programa del año 2020, de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos/as médicos/as, odontólogos/as, farmacéuticos/as y enfermeros/as y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos (Disposición adicional Sexta del Real Decreto-Ley 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios), según se recoge en el ANEXO XVI (Ver acuerdos-anexos). (1335).

PLENO 184 (4 de noviembre de 2020 a las 15:30). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

20 Crear un grupo de trabajo con aquellas comunidades autónomas que quieran participar, para, conjuntamente, elaborar unas recomendaciones de estrategia comunicativa, ya sea a nivel del Consejo, desde el Ministerio de Sanidad o bien a nivel autonómico, con la intención de unificar criterios. (1336).

PLENO 185 (11 de noviembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PLENO 186 (18 de noviembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

- Punto único: Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).
 - Intervención de la Ministra *da Saúde* de Portugal.
 - Intervención de los Consejeros de las comunidades autónomas limítrofes.
 - Actualización de vacunas frente a la COVID-19.
 - Abordaje de Navidad y festivos de diciembre.
 - Informaciones varias (formación especializada Estudio ENE; Grupo de Trabajo de Evaluación; otros).

PLENO 187 (25 de noviembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

1. Presentación e intervención de la comisaria de la Unión Europea, Stella



Kyriakides.

2. Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19).
3. Situación actual sobre las vacunas disponibles.
4. Presentación de Estrategia de Vacunación COVID-19 en España. Líneas maestras.
5. Proyecto de Resolución por la que se hace público el acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación de 14 de julio de 2020, sobre el sistema de monitorización de glucosa mediante sensores (tipo *flash*) en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
6. Proyecto de Resolución por la que se hace público el acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación de 14 de julio de 2020, en relación a la técnica de protonterapia.
7. Programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y distribución de fondos (marco de aplicación: Convenio de colaboración entre el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Sanidad y Farmaindustria).
8. Proyecto de Orden por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la Gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.
9. Acuerdo de distribución de fondos a las comunidades autónomas para estrategias frente a enfermedades raras, enfermedades neurodegenerativas (incluido Esclerosis Lateral Amiotrófica) y vigilancia en salud.
10. Otros: Avances del grupo de trabajo para la definición del marco de una evaluación independiente.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

- 21 *Darse por informado del Proyecto de Resolución por la que se hace público el acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación de 14 de julio de 2020, sobre el sistema de monitorización de glucosa mediante sensores (tipo flash) en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. (1337).*
- 22 *Darse por informado del Proyecto de Resolución por la que se hace público el acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación de 14 de*



- julio de 2020, en relación a la técnica de protonterapia. (1338).*
- 23 Aprobar el Programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y distribución de fondos (marco de aplicación: Convenio de colaboración entre el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Sanidad y Farmaindustria), según se recoge en el ANEXO XVII. (Ver acuerdos-anexos). (1339).*
- 24 Darse por informado del Proyecto de Orden por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la Gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria. (1340).*
- 25 Aprobar la Distribución de fondos a las comunidades autónomas para estrategias frente a enfermedades raras, enfermedades neurodegenerativas (incluido Esclerosis Lateral Amiotrófica) y vigilancia en salud. Año 2020, según se recoge en el ANEXO XVIII. (Ver acuerdos-anexos). (1341).*

PLENO 188 (2 de diciembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación actual sobre vacunas disponibles.
2. Propuesta de acuerdo para la adopción de medidas en fechas navideñas.
3. Presentación del informe del grupo de trabajo sobre el marco para la realización de una evaluación independiente del desempeño del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia COVID-19.
4. Propuesta de acuerdo criterios de distribución de fondos a las comunidades autónomas para la mejora del sistema de información del SNS en el año 2020.
5. Propuesta de acuerdo criterios para la distribución de fondos del programa del año 2020, de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos/as médicos/as, odontólogos/as, farmacéuticos/as y enfermeros/as y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

- 26 Aprobar el Acuerdo de medidas de salud pública frente a la COVID-19 para la celebración de las fiestas Navideñas, con el voto particular negativo a los apartados primero y segundo de la Comunidad de Madrid y el voto particular de abstención de la Comunidad autónoma de Cataluña, según se recoge en el ANEXO XIX. (Ver acuerdos-anexos). (1342).*



- 27 *Aprobar los criterios para la distribución de fondos a las Comunidades Autónomas para estrategias para la mejora de los sistemas de información del SNS en el año 2020, según se recoge en el ANEXO XX. (Ver acuerdos-anexos). (1343).*
- 28 *Aprobar los Criterios para la distribución de fondos del programa del año 2020, de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos/as médicos/as, odontólogos/as, farmacéuticos/as y enfermeros/as y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos, según se recoge en el ANEXO XXI (Ver acuerdos-anexos). (1344).*

PLENO 189 (9 de diciembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas disponibles frente a COVID-19.

PLENO 190 (16 de diciembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas disponibles frente a COVID-19.
3. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España.
4. Resolución por la que se establece el Sistema de Información para el seguimiento de la vacunación frente a la COVID-19.
5. Test de autodiagnóstico de anticuerpos para la COVID-19.
6. Informe del Grupo de Trabajo sobre Estrategia Comunicativa respecto a la Fatiga Pandémica.
7. Evaluación independiente del desempeño del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia COVID-19.
8. Acuerdo por el que se modula el Acuerdo de 2 de diciembre de 2020 por el que se prevén medidas de Salud Pública frente a COVID-19 para la celebración de las fiestas navideñas.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

- 29 *Aprobar el acuerdo sobre acciones a desarrollar en relación con las pruebas de detección rápida de anticuerpos por inmunocromatografía para el autodiagnóstico de infección por SARS-COV-2, según se recoge en el ANEXO*



XXII. (Ver acuerdos-anexos). (1345).

30 Aprueba el “Acuerdo por el que se modula el Acuerdo de 2 de diciembre de 2020 por el que se prevén medidas de Salud Pública frente a COVID-19 para la celebración de las fiestas navideñas”, según se recoge en el ANEXO XXIII. (Ver acuerdos-anexos). (1346).

PLENO 191 (23 de diciembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas disponibles frente a COVID-19.

PLENO 192 (28 de diciembre de 2020 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas disponibles frente a COVID-19.



**COMISIONES,
SUBCOMISIONES, GRUPOS
DE TRABAJO Y
REUNIONES
BILATERALES**



COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

PROPONENTE: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

ACUERDO: 22 de septiembre de 2004.

CONSTITUCIÓN: 17 de noviembre de 2004.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco - Estíbaliz Iragüe / Beatriz Nuin
- Cataluña - Anna Mompart Penina
- Galicia - Mar de la Peña Cristiá
- Andalucía - José María Torres Medina / M^a Jesús Aguilera/
Amalia Suárez Ramos
- Asturias - Mónica Regueira / Pilar Morcillo / Ana García Fernández
- Cantabria - Purificación Ajo Bolado / Mar Sánchez Movellán
- La Rioja - M. Antonia Aretio Romero
- Murcia - Marina Tourné García
- C. Valenciana - Vicenta Escribá Agúir / Inmaculada Clemente
- Aragón - Asunción Cisneros Izquierdo
- Castilla-La - M. Teresa Martín Rubio / M. Dolores Galán
- Canarias - Aythami González/ M^a Dolores Amador Demetrio
- Navarra - Monserrat de la Fuente Hurtado / Itxaso Mugarra
- Extremadura - M^a Pilar Guijarro Gonzalo
- Baleares - Carmen Vidal Mangas
- Madrid - Milagros de Borbón y Cruz
- Castilla y León - Lydia Salvador Sánchez
- Ceuta - Malika Al-lal Haddu
- Melilla - M. Ángeles Tascón Moreno

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Delegación del Gobierno para la Violencia de Género:** Rebeca Palomo Díaz
- **Observatorio de Salud de las Mujeres:** Rosa M. López Rodríguez
- **D. Gral. de Salud Pública, Calidad e Innovación:** Pilar Aparicio Azcárraga / Pilar Campos Esteban / Rosa M. López Rodríguez
- **INGESA:** Asunción Ruíz de la Sierra
- **Gabinete de la Ministra de Igualdad:** Bárbara Tardón Recio.



REUNIONES

Las reuniones se han realizado por videoconferencia, a excepción de las primeras que fueron presenciales. A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

C. VIOLENCIA DE GÉNERO del 11 de junio

1. Bienvenida y Presentación.
2. Plan de Contingencia COVID-19. Ministerio de Igualdad- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.
3. Detección precoz y prevención de la Violencia de Género desde el SNS. Retos en tiempos de COVID-19.
4. Informe anual VG 2020. Recogida de datos 2019 y avance primer trimestre de 2020.
5. Protocolo Violencia Sexual. Plan de trabajo. Consenso Índice Común.
6. Plan de trabajo. Segundo Semestre 2020:
 - a. E-room. Sistema de archivo.
 - b. Tareas, seguimiento y calendario.

C. VIOLENCIA DE GÉNERO (11 de diciembre de 2020)

1. Aprobación del Acta de la Reunión anterior.
2. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia sexual. Propuesta índice común consensuado.
3. Informe Anual VG 2020. Datos preliminares:
 - a. Indicadores epidemiológicos de casos VG. Datos 2019 y avance datos de impacto COVID-19 en primer semestre 2020.
 - b. Indicadores formación continuada VG. Datos 2019 y avance datos de impacto COVID-19 en primer semestre 2020.
4. Plan de trabajo primer semestre 2021.
5. Otras propuestas.



COMISIÓN PERMANENTE DE FARMACIA

PROPONENTE: Comisión Delegada.

ACUERDO: 25 de febrero de 2003.

CONSTITUCIÓN: 1 de julio de 2004.

COORDINADOR: D. G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------|--|
| - País Vasco | - Jon Iñaki Betolaza San Miguel |
| - Cataluña | - Caridad Pontes García / Thais de Pando Navarro |
| - Galicia | - Jesús Manuel Balea Filgueiras / Silvia Reboredo García |
| - Andalucía | - Carlos Gustavo García Collado / Dolores Bejarano |
| - Asturias | - Lidia Clara Rodríguez García / Álvaro Fernández |
| - Cantabria | - Ana Tejerina Puente/ Flora Pérez Hernández / Jorge Bernardo de la Puente Jiménez |
| - La Rioja | - Pilar Sáenz Ortiz |
| - Murcia | - Casimiro Jiménez Guillén / M ^a Teresa Martínez Ros |
| - C. Valenciana | - José Manuel Ventura Cerdá |
| - Aragón | - Ana Cristina Bandrés Liso |
| - Castilla-La | - Carmen Encinas Barrios / José Manuel Paredero |
| - Canarias | - Alberto Talavera Déniz / Rafael Molero Gómez / Erica Montes Gómez |
| - Navarra | - Antonio López Andrés |
| - Extremadura | - Concepción Carmona Torres |
| - Baleares | - Atanasio García Pineda |
| - Madrid | - M ^a José Calvo Alcántara |
| - Castilla y León | - Nieves Martín Sobrino / Belén Calabozo Freile |
| - Ceuta | - Sin asistente |
| - Melilla | - Sin asistente |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia:** Patricia Lacruz Gimeno (Presidenta) / M^a Dolores Fraga Fuentes / M^a Luisa García-Vaquero Donaire / Isabel Pineros Andrés / Almudena Laviña Rodríguez / Juan Fernando Muñoz Montalvo / Lara Echarri Martínez / M^a del Carmen Pérez Zarza / Ángela Smits Cuberes
- **Instituto de Salud Carlos III:** Jesús González Enríquez
- **INGESA:** Carmen del Castillo Vázquez
- **AEMPS:** M^a Jesús Lamas Díaz / César Hernández García / Antonio Blázquez Pérez



- **Ministerio de Defensa (ISFAS):** Antonio Ramos Melego / M^a del Mar Cejudo Rodríguez
- **Ministerio de Justicia (MUGEJU):** Jesús Miguel Rubio Colavida / Álvaro Márquez Fernández
- **Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (MUFACE):** Javier Arias Fernández

REUNIONES

Las reuniones se realizaron por videoconferencia, a excepción de las primeras que fueron presenciales. A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

C. PERMANENTE FARMACIA. (3 de febrero de 2020). Presencial

1. Aprobación de las actas de 26 de junio 2019, 24 de septiembre 2019 y CPF extraordinaria 30 de octubre de 2019.
2. Aprobación de la propuesta del contenido formativo sobre medicamentos biológicos dirigido a la ciudadanía.
3. Seguimiento de la elaboración de protocolos farmacoclinicos.
4. Seguimiento de la implantación de VALTERMED.
5. Seguimiento de autorizaciones de uso de medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial:
 - Información general sobre las nuevas solicitudes (responsable: comunidad autónoma origen de la solicitud).
 - Estado de las solicitudes admitidas a trámite (responsable: AEMPS).
6. Balance de las solicitudes de MSE por el procedimiento de coordinación de la CPF (AEMPS).
7. Aprobación del Plan de consolidación de IPT tras análisis del documento de comentarios del CAPF.
8. Revisión y/o aprobación de la propuesta de procedimiento normalizado de trabajo de evaluación clínica, evaluación económica y posicionamiento terapéutico para la redacción de informes de posicionamiento terapéutico de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud tras análisis del documento de comentarios del CAPF.
9. Información sobre el borrador del primer IPT con la evaluación terapéutica y económica (pilotaje) conforme al procedimiento acordado.
10. Revisión de las alegaciones presentadas al Plan de acción para fomentar la utilización de los medicamentos reguladores del mercado en el Sistema Nacional



de Salud: medicamentos biosimilares y medicamentos genéricos y/o aprobación del Plan.

C. PERMANENTE FARMACIA. (3 de marzo de 2020). Presencial

1. Aprobación del acta de 3 de febrero de 2020.
2. Presentación de la propuesta “Plan de Optimización de la utilización de analgésicos opioides mayores” (Grupo de trabajo).
3. Revisión y/o aprobación de la propuesta de procedimiento normalizado de trabajo de evaluación clínica, evaluación económica y posicionamiento terapéutico para la redacción de informes de posicionamiento terapéutico de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud tras análisis del documento de comentarios del CAPF.
4. Ruegos y preguntas.

C. PERMANENTE FARMACIA. (21 de mayo de 2020)

1. Análisis compartido: Prestación farmacéutica en la era post-fin del estado de alarma y post-COVID.
2. Ruegos y preguntas.

C. PERMANENTE FARMACIA. (8 de julio de 2020)

1. Aprobación de propuesta de procedimiento normalizado de trabajo de evaluación clínica, evaluación económica y posicionamiento terapéutico para la redacción de informes de posicionamiento terapéutico de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.
2. Designación de coordinadores y co-coordinadores de los nodos de evaluación de REvalMed.
3. Información sobre la modificación de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento.
4. “Seguimiento de autorizaciones de uso de medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial”:
 - Información general sobre las nuevas solicitudes (responsable: comunidad autónoma origen de la solicitud).
5. Ruegos y preguntas.

C. PERMANENTE FARMACIA. (8 de septiembre de 2020)

1. Aprobación de actas de fecha, 3 de febrero, 3 de marzo, 21 de mayo y 8 de julio de 2020.



2. Aprobación del Plan para el fomento y la utilización de los medicamentos biosimilares y genéricos en el SNS.
3. “Seguimiento de autorizaciones de uso de medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial”.
 - Información general sobre las nuevas solicitudes (responsable: comunidad autónoma origen de la solicitud).
 - Estado de las solicitudes admitidas a trámite (responsable: AEMPS).
4. Ruegos y preguntas.

C. PERMANENTE FARMACIA. (28 de septiembre de 2020)

1. Acuerdo sobre la solicitud de exoneración del medicamento Votubia del sistema de precios de referencia.

C. PERMANENTE FARMACIA (13 de octubre de 2020)

1. Aprobación de actas de fecha, 3 de febrero, 3 de marzo, 21 de mayo y 8 de julio y de 28 de septiembre.
2. Acuerdo sobre la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial para la indicación, uso y autorización de dispensación por parte de los enfermeros de medicamentos sujetos a prescripción médica (Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros).
3. Planificación para la puesta en marcha del Plan para la consolidación de los IPT en el SNS.
4. Información sobre el estado de desarrollo del Modelo SNSFarma.
 - Recursos presentados al Real Decreto 717/2019, de 5 de diciembre por el que se modifica el Real Decreto 1345/2007 de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.
 - Desarrollo tecnológico del nodo SNSFarma.
 - Integración del Nodo SNSFarma y Convenio entre el Ministerio de Sanidad y SEVeM.
 - Integración entre el Nodo SNFFarma y los diferentes agentes de las CCAA.
5. Información sobre el estado del proyecto “Plan de mejora de sistemas de información (SI) corporativos”.
6. Información sobre el estado de situación del proyecto VALTERMED.



7. Información sobre el estado de situación del proyecto Educación para la ciudadanía.
8. Información sobre el estado *del “Proyecto de Real Decreto por el que se regula la Publicidad de los Medicamentos de Uso Humano y de los Productos Sanitarios”*.
9. Protocolo Farmacoclínico de Nusinersen (Cataluña).
10. Seguimiento de autorizaciones de uso de medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial:
 - Información general sobre las nuevas solicitudes (responsable: comunidad autónoma origen de la solicitud).
 - Estado de las solicitudes admitidas a trámite (responsable: AEMPS).



COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN

PROPONENTE: Comisión Delegada.

ACUERDO: 25 de febrero de 2003.

CONSTITUCIÓN: 30 de junio de 2004.

COORDINADOR: DG de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|------------------|--|
| -País Vasco | -José Luis Quintas Díez |
| -Cataluña | -Cristina Casanovas Guitart / Alex Guarga Rojas |
| -Galicia | -Francisco López Rois |
| -Andalucía | -Juan Luis Cabanillas Moruno |
| -Asturias | -Luis Miguel Gago Argüello |
| -Cantabria | -M ^a Antonia Mora González |
| -La Rioja | -Ana M ^a López Barahona |
| -Murcia | -José Javier Herranz Valera |
| -C. Valenciana | -Pablo Rodríguez Martínez |
| -Aragón | -M ^a Soledad Corbacho Malo |
| -Castilla-La | -M ^a Teresa Marín Rubio |
| -Canarias | -Elizabeth Hernández González |
| -Navarra | -Alfredo Martínez Larrea |
| -Extremadura | -M ^a Concepción Gutiérrez Montaña |
| -Baleares | -Benito Prosper Gutiérrez |
| -Madrid | -Teresa Chavarría Giménez/ Marta Cortés García |
| -Castilla y León | -Purificación de la Iglesia Rodríguez / Eduardo Gutiérrez Abejón |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia:** Patricia Lacruz Gimeno (Presidenta) / Cristina González del Yerro Valdés / Pilar Díaz de Torres / M^a Luisa Vicente Saiz / Nuria García Escribano Ruez / Laura Chamorro González
- **INGESA:** Sara Cristina Pupato Ferrari / Teresa García Ortiz
- **Ministerio de Defensa (ISFAS):** Antonio Ramos Melego
- **Ministerio de Justicia (MUGEJU):** Jesús Miguel Rubio Colavida
- **Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas-MUFACE:** Carmen Marcos Pérez.



REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

REUNIÓN COMISIÓN (14 de julio de 2020). Videoconferencia

1. Aprobación del acta de la reunión de 10 de julio de 2019.
2. Proyectos de normas de actualización de cartera:
 - Proyecto de orden por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización y los anexos I y II del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Informe de situación.
 - Proyecto de orden por la que se actualiza el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en lo relativo al catálogo común de prótesis externas de miembro superior y miembro inferior, ortoprótesis para agenesias, sillas de ruedas y productos para la terapia del linfedema.
3. Actuaciones realizadas en:
 - Prestación ortoprotésica (traslado de pacientes).
 - Estudios de monitorización: Informe de situación de los diferentes estudios en marcha. Puesta en marcha del EM del DAVI.
 - Protonterapia.
4. Nuevas inclusiones en cartera: Cribados poblacionales de hipoacusia, prenatal de anomalías cromosómicas y prenatal de enfermedades infecciosas.
5. Otros temas:
 - Plan de trabajo de la Red de Agencias, salud bucodental, atención temprana...
6. Ruegos y preguntas.



COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

PROPONENTE: Dirección General de Salud Pública.

ACUERDO: Pleno 30 CISNS de 14 de diciembre de 1992, Acuerdo nº 203.

CONSTITUCIÓN: 12 de enero de 1993.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco -Txema Arteagoitia/ Juan José Aurrekoetxea Agirre / Juan Carlos Fernández Crespo / Itziar Larizgoitia Jáuregui
- Cataluña -Joan Guix i Oliver / Mireia Jané / Xavier Llebaria Samper / Carmen Cabezas / Jacobo Mendioroz
- Galicia -Andrés Paz-Ares Rodríguez / Jorge Aboal Viñas / Antonio Taboada Suárez / Raquel Zubizarreta Alberdi / Carmen Durán Parrondo / Silvia Suárez
- Andalucía -José María de Torres Medina/ Miguel Ángel Guzmán Ruiz / Diego Vargas Ortega/ Inmaculada Vázquez Cruz/ Nicola Lorusso / Inmaculada Salcedo Leal
- Asturias -Rafael Cofiño Fernández / Miguel Ángel Prieto García / M^a Concepción Saavedra Rielo / Sergio Vallés García / José Ramón Hevia Fernández / M^a José Villanueva
- Cantabria -Paloma Navas Gutiérrez / Juan José Sánchez Asensio
- La Rioja -Enrique Ramalle Gomara / Alberto Lafuente Jiménez / José Mínguez / Eva Martínez Ochoa / Pello Latasa Zamalloa
- Murcia -José Carlos Vicente López / Inmaculada Barceló Barceló / Jaime Jesús Pérez Martínez / Juan Madrigal de Torres / M^a Dolores Chirlaque
- C. Valenciana -Ofelia Gimeno Forner / M^a Amparo García Layunta / Hermelinda Vanaclocha/ Ramón Limón/ Pablo Rodríguez / Òscar Zurriaga Llorens / Inmaculada Clemente Paulino / Isaura Navarro Casilla
- Aragón -Francisco Javier Falo Forniés / José María Abad Diez / Juan Pablo Alonso Pérez de Agreda / José Sánchez Asensio / Luis Gascón Andreu / Javier Marión / Mercedes Febrel Bordejé
- C-La Mancha -Juan J. Camacho Parejo / José Antonio Ballesteros Cavero / Gonzalo Gutiérrez
- Canarias -Concepción Gil Páez / José Juan Alemán Sánchez / Domingo Ángel Núñez Gallo



- Navarra -M^a Ángeles Nuin Villanueva / Francisco Javier Apezteguia Urroz / Nieves Ascunce
- Extremadura -M^a Pilar Guijarro Gonzalo / Manuela Rubio González / Vicente Alonso Núñez
- Baleares -María Antonia Font Oliver / Juli Fuster / Manuel Palomino / Eugenia Carandell / Nacho García Pineda / Katia Molinas Mut
- Madrid -Carmen Yolanda Fuentes Rodríguez / M^a José Esteban Niveiro / María Ángeles López Pérez / José María Antón García / Ana Dávila Ponce de León / Elena Andradas Aragonés / Araceli Arce
- Castilla y León -M^a del Carmen Pacheco Martínez / Gloria Sánchez Antolín / Eva Puebla Nicolás/ María Ángeles Guzmán Fernández
- Ceuta -Rebeca Benarroch Benarroch / Mauricio Vázquez Cantero
- Melilla -Celia Bueno Hernández / José Antonio Castillo / Juan Luis Cabanillas Moruno

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación:** Pilar Aparicio Azcárraga (Coordinadora) / Fernando Simón Soria / Aurora Limia Sánchez / Fernando Carreras Vaquer / M^a José Sierra Moros / Almudena de Arriba Hervás / Elena Moro Domingo / Juan Manuel Troncoso Ramón / M^a Vicenta Labrador Cañadas/ Enrique del Olmo Carballo / Antonio López Navas / Jorge del Diego Salas / Julia del Amo Valero / Berta Suárez / Julio las Heras Mosteiro / Pilar Campos Esteban / M^a Soledad Justo Gil / Cristina Gómez-Chacón Galán / Oriana Ramírez / Montserrat García Gómez / María Terol Claramonte / Margarita Palau Miguel / Covadonga Caballo Diéguez / Jara Cubillo Llanes / Blanca Botello / M^a Aranzazu López Franco
- **M. Sanidad (otras unidades):** Mercedes Alfaro Latorre / Juan Fernando Muñoz Montalvo / María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio / María Fe Lapeña Gutiérrez / Belén Crespo Sánchez-Eznarriaga / Noemí Cívicos Villa/ Alejandro Villar / Begoña Rodríguez Ortiz De Salazar /
- **Instituto de Salud Carlos III:** Manuel Cuenca Estrella / Raquel Yotti / Marina Pollán
- **AEMPS:** M^a Jesús Lamas Díaz / César Hernández García / M^a Eugenia Padilla / Antonio López Navas / Carmen Ruiz Villar Gallego / Carmen Ruiz Villar
- **INGESA:** Alfonso Jiménez Palacios / Sara Pupato Ferrari / M^a Antonia Blanco Galán



- **D.G. de Calidad y Evaluación Ambiental (M^o para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico):** Ismael Aznar
- **Plan Nacional sobre SIDA:** Julia del Amo

REUNIONES

Todas las Comisiones se han realizado por videoconferencia. A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

C. SALUD PÚBLICA (30 de enero de 2020). Ordinaria.

Punto extraordinario:

1. Situación de la epidemia por el nuevo coronavirus (Wuhan, China), actuaciones y protocolos de salud pública a nivel nacional.

Puntos para aprobación:

2. Aprobación, si procede, del Acta de la sesión celebrada los días 13 y 14 de noviembre de 2019.
3. Presentación y aprobación, si procede, de las directrices para la emisión de atestaciones sanitarias para la obtención de certificados sanitarios de productos de origen animal.
4. Presentación y aprobación, si procede:
 - a. De los requisitos y recomendaciones para el desarrollo del Programa de Cribado Neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas en el SNS.
 - b. Del programa de cribado neonatal de hipoacusia del SNS (Propuesta de concreción en la cartera común de servicios del SNS).
 - c. Del programa de cribado prenatal de anomalías cromosómicas (Propuesta de concreción en la cartera común de servicios del SNS).

Puntos para información:

5. Situación y avances en la estrategia de comunicación de vacunación con Men ACWY a adolescentes y jóvenes.
6. Situación de los trabajos del grupo de certificación de Salud Pública para la exportación.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (5 de febrero de 2020). Extraordinaria.

Punto para información:

1. Situación actual del coronavirus y necesidades.

Ruegos y preguntas.



C. SALUD PÚBLICA (20 de febrero de 2020). Extraordinaria.

Puntos para aprobación:

1. Aprobación, si procede, de las Actas de las sesiones ordinaria y extraordinaria, celebradas los días 30 de enero y 5 de febrero de 2020 respectivamente.
2. Presentación y aprobación, si procede:
 - a. De los requisitos y recomendaciones para el desarrollo del Programa de Cribado Neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas en el SNS.
 - b. Del programa de cribado prenatal de anomalías cromosómicas (Propuesta de concreción en la cartera común de servicios del SNS).
 - c. Del programa de cribado prenatal de enfermedades infecciosas (Propuesta de concreción en la cartera común de servicios del SNS).
3. Presentación y aprobación, si procede, de la modificación de la Orden de 31 de julio de 1985 sobre la práctica del aborto en Centros y Establecimientos Sanitarios (B.O.E de 2 de agosto de 1985) del Ministerio de Sanidad y Consumo, todavía vigente, donde se apoya el resto de legislación sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), y se establece que debe disponerse de unidades de enfermería y hospitalización (Art, 1,1,4).
4. Presentación y aprobación si procede de la memoria de la Comisión de Salud Pública del año 2019.

Puntos para información:

1. Situación de la epidemia por el nuevo coronavirus (Wuhan, China).
2. Seguimiento de la implementación de la PrEP.
3. Resumen de la reunión de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de los Planes Autonómicos de VIH/SIDA.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (25 de febrero de 2020). Extraordinaria.

Punto para información:

1. Situación actual del COVID-19.

C. SALUD PÚBLICA (2 de marzo de 2020). Extraordinaria.

1. Actualización sobre el estado del brote por Coronavirus.
2. Actualización sobre los documentos técnicos.
3. Actualización sobre suministros y distribución de pruebas diagnósticas y de medidas de protección.
4. Ruegos y preguntas.



C. SALUD PÚBLICA (12 de marzo de 2020). Ordinaria.

Puntos para aprobación:

1. Presentación y aprobación, si procede del Acuerdo para la intervención sanitaria en vuelos nacionales ante la sospecha de un caso de coronavirus.

Puntos para información:

1. Situación de la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19, actuaciones y protocolos de salud pública a nivel nacional.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (6 de abril de 2020). Extraordinaria.

Único del orden del día COVID19:

- Presentación situación actual.
- Presentación del documento: Guía para la utilización de test diagnósticos para COVID 19.
- Presentación de estudio de seroprevalencia de COVID19 a nivel nacional.

Ruegos y preguntas.

C.SALUD PÚBLICA (22 de abril de 2020). Extraordinaria.

1. Diseño del Estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-COV-2 en España.
2. Otros protocolos.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (14 de mayo de 2020). Ordinaria.

Punto principal:

1. Desescalada.

Puntos para aprobación:

2. Aprobación, si procede, del Acta de la sesión celebrada el día 22 de abril de 2020.
3. Presentación y aprobación, si procede, del documento “Prioridades del programa de vacunación durante la fase de transición de la Pandemia del COVID-19”.
4. Aprobación, si procede, de la prórroga de los carnés de aplicadores de biocidas, en cumplimiento del Real Decreto 830/2010, de 25 de junio, por el que se establece la normativa reguladora de la capacitación para realizar tratamientos con biocidas.

Puntos para información:

5. Documento sobre prevención del VIH e ITS en la desescalada del confinamiento por COVID-19.



6. Ensayo Clínico EPICOS.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (5 de junio de 2020). Extraordinaria.

1. Desescalada:
 - a. Valoración global.
 - b. Seguimiento de contactos.
2. Vacunas:
 - a. Vacunas coronavirus.
 - b. Retomando calendario común de vacunación a lo largo de la vida.
 - c. Vacunación gripe temporada 20/21.
3. Presentación y aprobación, si procede, del documento de “Recomendaciones del Ministerio de Sanidad para la recuperación de las actividades de tiempo libre dirigidas a la población infantil y juvenil”.

C. SALUD PÚBLICA (12 de junio de 2020). Extraordinaria.

1. SERLAB: Presentación de información de datos de laboratorio.
2. Turismo, casos importados.

C. SALUD PÚBLICA (16 de junio de 2020). Extraordinaria.

1. Preparándonos para una nueva normalidad.

C. SALUD PÚBLICA (25 de junio de 2020). Extraordinaria.

1. Aprobación de las actas de las reuniones del 14.05.2020 y del 5.06.2020.
2. Actualización de los protocolos de Sanidad Exterior y de la Unión Europea de cara a la apertura de fronteras el 1 de julio.
3. Actualización del estado de contrato de compra centralizada de vacunas antigripales de cara a la temporada 2020/21 y del desarrollo de vacunas frente a SARS-CoV-2.
4. Otros.

C. SALUD PÚBLICA (2 de julio de 2020). Ordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de las reuniones de los días 12.06.2020, 16.06.2020 y del 25.06.2020.
2. COVID-19:
 - a. Situación actual.
 - b. Brotes.



- c. Presentación y aprobación, si procede, de la Propuesta de Acuerdo sobre “Posicionamiento en relación al consumo de tabaco y relacionados durante la pandemia por COVID-19”.
3. Presentación y aprobación, si procede, de la Guía de Cribado de VHC.
4. Presentación y aprobación, si procede, de los Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida.
5. Presentación y aprobación, si procede, del Informe anual de evaluación del programa de cribado neonatal, datos 2018.
6. Otros.

C. SALUD PÚBLICA (7 de julio de 2020). Extraordinaria.

1. Seguimiento de la COVID-19.

C. SALUD PÚBLICA (22 de julio de 2020). Extraordinaria.

1. Actualización de la situación provocada por la pandemia de la COVID-19 en los siguientes aspectos:
 - a. Sanidad Exterior.
 - b. Situación de los brotes en España.
 - c. Vacunas.
 - d. Salud Laboral.

C. SALUD PÚBLICA (25 de agosto de 2020). Extraordinaria.

1. Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 en los centros educativos.
2. Debate sobre los siguientes puntos:
 1. Presencialidad.
 2. Coordinación entre salud pública y educación.
 3. Distancia >1,5 metros.
 4. Grupos de convivencia estable.
 5. Mascarilla.
 6. Ventilación.
 7. Comedor.
 8. Transporte.
 9. Salud laboral.
 10. Escenarios.
 11. Test/PCR.



3. Presentación para aprobación del documento de *Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos*.
4. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (3 de septiembre de 2020). Extraordinaria.

1. Centros educativos.
2. Vacunas.
3. APP RADAR-COVID.
4. Aguas residuales.
5. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (10 de septiembre de 2020). Extraordinaria.

1. Aprobación actas de las sesiones celebradas los días 2, 7 y 22 de julio y 25 de agosto.
2. COVID-19:
 - 2.1 Estrategia de Vigilancia.
 - 2.2 APP RADAR.
 - 2.3 Rastreadores ejército.
 - 2.4 Centros educativos.
 - 2.5 Vacunas.
3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (17 de septiembre de 2020). Ordinaria.

Puntos para aprobación:

1. Aprobación, si procede, de las actas de las sesiones extraordinarias celebrada los días 3 y 10 de septiembre de 2020.
2. Presentación y aprobación, si procede, del Protocolo de cribado neonatal del déficit de biotinidasa.
3. Presentación y aprobación, si procede, de la incorporación de la enfermedad del jarabe de arce y la homocitinuria al programa de cribado neonatal (propuesta aprobada por la Ponencia de cribado poblacional en febrero).
4. Presentación y aprobación, si procede, de la propuesta de modificación del RD 831/2010 sobre la atención farmacológica de las IVE en centros sin cirugía.

Puntos para información:

5. Situación actual del COVID-19.
6. Actualización del documento de junio de Medidas de higiene prevención y promoción de la salud en centros educativos para el curso escolar 2019-2020.



7. Vacunas.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (24 de septiembre de 2020). Extraordinaria.

Punto único:

1. Aprobación, si procede, de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (30 de septiembre de 2020). Extraordinaria.

1. Discusión de un documento sobre Medidas especiales para situaciones de muy alta transmisión de coronavirus.
2. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (15 de octubre de 2020). Extraordinaria.

1. Presentación y aprobación, si procede, de las actas de las reuniones de los días 17, 24 y 30 de septiembre.
2. Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión del COVID-19.
3. Vacunas.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (22 de octubre de 2020). Extraordinaria.

1. Presentación y aprobación del documento “Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión del COVID-19”.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (29 de octubre de 2020). Extraordinaria.

1. Situación actual del COVID-19.
2. Presentación, y aprobación si procede, del documento “Equidad en Salud y COVID-19”.
3. Presentación del documento de OMS sobre “Fatiga Pandémica”.
4. Varios.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (12 de noviembre de 2020). Ordinaria.

Puntos para aprobación:

1. Presentación y aprobación, si procede, del Informe de cigarrillos electrónicos.



2. Presentación y aprobación, si procede, de la Guía de Acción Comunitaria para Ganar Salud.
3. Presentación y aprobación, si procede, de los Reglamentos de organización y funcionamiento de la Ponencia de Promoción de la salud.

Puntos para información:

4. Situación actual del COVID-19.
5. Presentación del Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente.
6. Comienzo del Proceso de transposición de la Directiva de Agua de Consumo.
7. Trámite de audiencia al Proyecto Real Decreto por el que se establecen los criterios higiénicos sanitarios para la prevención y control de la Legionelosis.
8. Seguimiento e implementación de la PrEP para el VIH en España. Sistema de Información SIPrEP.
9. Acto del Día Mundial del SIDA, 1 de diciembre.

Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (20 de noviembre de 2020). Extraordinaria.

1. Situación actual del COVID-19.
2. Presentación de los estudios retrospectivos de casos de COVID-19 realizados por parte de las CCAA.
3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (27 de noviembre de 2020). Extraordinaria.

1. Situación actual del COVID-19.
2. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (3 de diciembre de 2020). Extraordinaria.

1. Situación actual del COVID-19.
2. Actualización de los casos por virus West Nile.

C. SALUD PÚBLICA (11 de diciembre de 2020). Extraordinaria.

1. COVID -19:
 - a. Situación actual.
 - b. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19.
 - c. Vacunación COVID-19.
2. Presentación y aprobación, si procede, del calendario de reuniones de la CSP para el año 2021.
3. Ruegos y preguntas.



C. SALUD PÚBLICA (18 de diciembre de 2020). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de los días 15, 22 y 29 de octubre; 12, 20 y 27 de noviembre; 3 y 11 de diciembre de 2020.
2. COVID-19:
 - a. Situación actual.
 - b. Presentación y aprobación, si procede, de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19.
 - c. Presentación y aprobación, si procede, de la Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España.
 - d. Documento de actuaciones, propuesta de modificaciones.
 - e. Presentación de los resultados de la encuesta ENECOVID.
 - f. Salud laboral y COVID:
 - i. Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL).
 - ii. Instrucciones sobre la realización de pruebas diagnósticas para la detección del COVID-19 en el ámbito de las empresas.
3. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (29 de diciembre de 2020). Extraordinaria.

1. Actualización de la pandemia por SARS-CoV-2 en España:
 - a. Situación epidemiológica actual.
 - b. Programa de vacunación.
2. Ruegos y preguntas.



COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

PROPONENTE: Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre (Art. 6).

ACUERDO: Acuerdo 508. Pleno 66 del CISNS de 16 de junio de 2004.

CONSTITUCIÓN: 12 de julio de 2004.

COORDINADOR: DG de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------|--|
| - País Vasco | - José Quintas Díez |
| - Cataluña | - M ^a José Álvarez Zaragoza/ Isaac Llauradó Laborda |
| - Galicia | - Mercedes Suárez Domínguez |
| - Andalucía | - Juan Luis Cabanillas Moruno |
| - Asturias | - Juan José Álvarez Fernández |
| - Cantabria | - M ^a Ángeles Pereda García |
| - La Rioja | - Carmen Sáenz Pastor |
| - Murcia | - Susana Valbuena Moya |
| - C. Valenciana | - Carmen Aguado Giménez/ Julio Andrade García |
| - Aragón | - José Júlvez Sánchez |
| - Castilla-La | - Sin asistente |
| - Canarias | - Luis Márquez Llabrés |
| - Navarra | - Laura Terreros Blanco |
| - Extremadura | - Sin asistente |
| - Baleares | - Onofre Sans Tous |
| - Madrid | - Pilar Sánchez-Pobre Bejarano |
| - Castilla y León | - Ana Álvarez Requejo |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Subdirección General de Cartera de Servicios y Fondos de Compensación:** Cristina González del Yerro Valdés/ Carmen Pérez Mateos/ Esther Sánchez González
- **INGESA:** Juan Álvarez Orejón
- **Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas:** Eduardo Poveda Roda
- **Subdirección General de Farmacia:** Dolores Fraga Fuentes

REUNIONES

C. SEGUIM. FONDO COHESIÓN SANITARIA (10 de julio de 2020)

1. Resultados de la revisión de la Liquidación conjunta del FCS y FOGA de 2020.
2. Ruegos y preguntas.



COMISIÓN DE TRASPLANTES

PROPONENTE: Subsecretaría.

ACUERDO: 26 de marzo de 1990.

CONSTITUCIÓN: 29 de junio de 1990.

COORDINADOR: Organización Nacional de Trasplantes.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------|---|
| - País Vasco | - Joseba Ignacio Aranzábal Pérez |
| - Cataluña | - Jaume Tort Bardolet |
| - Galicia | - Encarnación Bouzas Caamaño |
| - Andalucía | - José Miguel Pérez Villares |
| - Asturias | - Dolores Escudero Augusto |
| - Cantabria | - Eduardo Miñambres García |
| - La Rioja | - Fernando Martínez Soba |
| - Murcia | - Pablo Ramírez Romero |
| - C. Valenciana | - Rafael Zaragoza Crespo |
| - Aragón | - Raquel Montoiro Allué |
| - Castilla-La | - M ^a José Sánchez-Carretero |
| - Canarias | - Gemma García Poignon / Vicente José Peña Morant |
| - Navarra | - José Roldán Ramírez |
| - Extremadura | - Luis López Sánchez |
| - Baleares | - Miguel Agudo García |
| - Madrid | - Francisco del Río Gallegos |
| - Castilla y León | - Pablo Ucio Mingo |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Organización Nacional de Trasplantes:** Beatriz Domínguez-Gil González (Coordinadora) / Enrique Caracuel / Elisabeth Coll Torres (Coordinadora) / Gloria de la Rosa / Jorge Galloso / Beatriz Mahillo / Raúl Muñoz / Alicia Pérez / María Valentín / Itziar Martínez / M^a Dolores Perojo Vega
- **Secretaría CISNS:** Sara Vivas



REUNIONES

C. TRASPLANTES (31 de marzo de 2020). Videoconferencia

1. Propuesta y adopción del orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior (25 septiembre 2019).
3. COVID-19: Plan Nacional de actuación con respecto a la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células.
4. Donación y trasplante de órganos:
 - 4.1. Actividad de donación y trasplante de órganos 2019 y Criterios de distribución – para adopción. Protocolo Nacional de Mantenimiento del Potencial Donante en Muerte Encefálica – para adopción.
 - 4.2. Recomendaciones Nacionales sobre Donación Pediátrica – para adopción.
 - 4.3. Trasplante de progenitores hematopoyéticos y tejidos.
5. Plan de Sangre de Cordón Umbilical 2020-2025 – para adopción.
6. Otros asuntos de interés:
 - 6.1. Subvenciones para el fomento de la donación y el trasplante.
 - 6.2. Autorización de trasplante cardíaco en asistolia a Hospital Marqués de Valdecilla y a Hospital Virgen de la Arrixaca – para adopción.

C. TRASPLANTES (2 de julio de 2020). Audioconferencia

1. Propuesta y adopción del orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta de la reunión de 31 de marzo de 2020.
3. COVID-19: Plan Nacional de actuación con respecto a la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células.
4. Subvenciones para el fomento de la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células.
5. Donación y trasplante de órganos:
 - 5.1. Programa Ampliado de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación.
 - 5.2. Recomendaciones nacionales sobre Donación en Asistolia Controlada en posibles Donantes con Enfermedades Neurodegenerativas.
 - 5.3. Experiencia nacional con el Cribado Universal de Donantes frente a HTLV.
 - 5.4. Documento sobre Gestación y Donación de órganos.
 - 5.5. Trasplante Renal de Donante Vivo.
 - 5.6. Notificación de accidentes quirúrgicos en extracción renal como eventos adversos.
 - 5.7. Mejoras en la aplicación del Programa de Acceso al Trasplante Renal para pacientes Hiperinmunizados – PATHI.



6. Donación y trasplante de progenitores hematopoyéticos:
 - 6.1. Memoria TPH 2019 y REDMO 2019.
 - 6.2. Limitación de búsquedas de DNE a 6 meses en leucemias agudas.
 - 6.3. Eliminación de tipajes HLA pendientes anteriores a 2015.
 - 6.4. Ensayo clínico RELEASE.
 - 6.5. Tarifa de criopreservación y facturaciones REDMO.
7. Donación y trasplante de tejidos:
 - 7.1. Plan Nacional de Tejidos.
 - 7.2. Informe de solicitud de importación BIOTEX-Recoletas.
 - 7.3. Situación de aloinjerto de nervio periférico “Avance Nerve Graft” de AxoGen.
8. Asuntos internacionales:
 - 8.1. Encuesta del Consejo de Europa sobre pacientes que viajan al extranjero para trasplantarse y regresan para seguimiento y pacientes no residentes en España trasplantados de donante vivo.
 - 8.2. Máster Alianza 2019.
9. Otros asuntos de interés:
 - 9.1. Trasplante de útero, Comunidad Autónoma de Cataluña.
 - 9.2. Trasplante hepático como tratamiento de las metástasis hepáticas de cáncer colo-rectal irresecables, Comunidad Autónoma de Cataluña / Comunidad Valenciana.
 - 9.3. Trasplante combinado multivisceral, renal y terapia celular del mismo donante fallecido, Comunidad Autónoma de Madrid.
 - 9.4. Otros asuntos a propuesta de miembros de la Comisión.

C. TRASPLANTES (12 de noviembre de 2020). Audioconferencia

1. Propuesta y adopción del orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta de la reunión de 2 de julio de 2020.
3. Covid-19: Plan Nacional de actuación con respecto a la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células (para información).
4. Subvenciones para el fomento de la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células (para información).
5. Donación y trasplante de órganos:
 - 5.1. Recomendaciones nacionales sobre donación en asistolia controlada en posibles donantes con enfermedades neurodegenerativas (para información).
 - 5.2. Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación Ampliado, RECCAL, nuevo grupo de auditorías y proyecto RECCAL_COVID2020 (para



- información).
- 5.3. Informe del Registro Español de Enfermos Renales 2019 (para información).
 - 5.4. Trasplante renal de donante vivo (para información).
 - 5.5. Hoja de inclusión en lista de espera hepática (para información).
 - 5.6. Trasplante cardíaco de donación en asistolia (para información).
 6. Donación y trasplante de progenitores hematopoyéticos:
 - 6.1. Comité de Seguimiento del Plan Nacional de Médula Ósea (para información).
 - 6.2. Revisión de los Criterios de Histocompatibilidad en TPH (para adopción).
 - 6.3. Necesidad de acreditación CAT de los centros de obtención de REDMO (para decisión).
 7. Donación y trasplante de tejidos:
 - 7.1. Plan Nacional de Tejidos (para información).
 - 7.2. Armonización de datos de la unión europea (para información).
 8. Asuntos internacionales:
 - 8.1. Recomendaciones adoptadas por el Comité de Ministros del Consejo de Europa:
 - 8.1.1.1. Calidad y seguridad de órganos para trasplante.
 - 8.1.1.2. Calidad y seguridad de tejidos y células para uso humano.
 - 8.1.1.3. Establecimiento de medidas armonizadas para la protección de los donantes de células de progenitores hematopoyéticos (para información).
 - 8.2. Registro Europeo de Registros de donante vivo y pacientes trasplantados e iniciativa de la *European Society for Organ Transplantation* – ESOT.
 - 8.3. Máster Alianza en donación y trasplante de órganos, tejidos y células 2021 (para información).
 9. Otros asuntos de interés:
 - 9.1. Creación de la Subcomisión Nacional de Seguridad y Comité Científico-Técnico en órganos, tejidos y células (para información).
 - 9.2. Trasplante de útero, Comunidad Autónoma de Cataluña (para información).
 - 9.3. Otros asuntos a propuesta de miembros de la Comisión.



COMITÉ DE DESIGNACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA

PROPONENTE: Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las Bases del Procedimiento para la Designación y Acreditación de los Centros Servicios y Unidades de Referencia del SNS.

CONSTITUCIÓN: 28 de noviembre de 2006.

COORDINADOR: D. G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco - Mayra López Rodríguez
- Cataluña - Olimpia García / Elisa Segarra / Elisa Betriu / Cristina Mallol
- Galicia - Francisco José López Rois / M^a Luz Valera Román
- Andalucía - Juan Luis Cabanillas Moruno / Juan Pinilla Muñoz / Gema García Megido / Isabel Ródenas Luque
- Asturias - Luis M. Gago Argüello / Elvira Muslera Canclini
- Cantabria - M^a Concepción Fariñas Álvarez / Virginia Flor Morales
- La Rioja - M^a Luisa Fernández Fontecha
- Murcia - Inmaculada Barceló
- C. Valenciana - Teresa de Rojas / Consuelo Peris Piqueras
- Aragón - M^a Asunción Tapias de la Fuente
- Castilla-La - Julián Vieco García
- Canarias - Teresa Flórez-Estrada Fernández / Víctor Naranjo Sintés
- Navarra - M^a José Lasanta Sáez
- Extremadura - M^a Concepción Gutiérrez Montaña
- Baleares - Onofre Sans Tous
- Madrid - Pilar Sánchez-Pobre Bejarano / Juan Carlos Ansede
- Castilla y León - Ana Álvarez Requejo / Gloria Sánchez Antolín
- Ceuta - Sin asistente
- Melilla - Sin asistente

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia:**
Patricia Lacruz Gimeno / Cristina González del Yerro Valdés / Carmen Pérez Mateos / Laura Chamorro González / Isabel Moreno Portela / Pilar Usón Jaso / Gabriela NyskaryVillaroel Soto / M^a Teresa Martínez Force
- **Instituto de Salud Carlos III:** Jesús González Enríquez
- **S.G. de Promoción, Prevención y Calidad:** Yolanda Agra Valera
- **S.G. de Calidad Asistencial e Innovación:** Ana de la Cruz Caballero



- **INGESA:** Juan Álvarez
- **Organización Nacional de Trasplantes:** Gloria de la Rosa Rodríguez

REUNIONES

REUNION DEL COMITÉ (12 de febrero de 2020). Videoconferencia

1. Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior.
2. Valoración incidencias de las nuevas solicitudes de CSUR para Oftalmología, Trasplantes e Inmunología, Alergia y Enfermedades autoinmunes.
3. Priorización abordaje nuevas áreas de especialización.
4. Ruegos y preguntas.

REUNION DEL COMITÉ (16 de diciembre de 2020). Videoconferencia

2. Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior.
3. Sistema de información para el seguimiento anual de los CSUR:
 - Informe anual.
 - Propuesta para acuerdo de las definiciones de criterios e indicadores para la recogida de datos de 2019-2020.
4. Redes Europeas de Referencia: información Convocatorias de Centros Nacionales Asociados y Miembros de Pleno Derecho.
5. Procedimiento derivación casos clínicos para estudio en las Redes Europeas de Referencia.
6. Situación procedimiento designación CSUR pendiente de finalizar.
7. Ruegos y preguntas.



GRUPO DE TRABAJO DE ESTACIONES DE ESQUÍ

PROPONENTE: Secretaría del Consejo Interterritorial del SNS.

ACUERDO: 25 de noviembre de 2020.

CONSTITUCIÓN: 30 de noviembre de 2020.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------|---|
| - Cataluña | - Xavier LLebaría / Xavier Civit / Toni Sanmartí Rovira |
| - Andalucía | - Ulises P. Ameyugo Catalán |
| - Asturias | - M ^a Pilar Alonso Vigil |
| - Cantabria | - Esther Benavente / Garazi Benito Carnero |
| - La Rioja | - Pello Latasa / Gemma |
| - Aragón | - Francisco José Falo Fornies |
| - Navarra | - Sagrario Laborda Santesteban |
| - Castilla y León | - Carmen Pacheco Martínez / María Perrino Peña |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- Ministerio de Sanidad:

Víctor Francos / Blanca Botello / Pilar Aparicio / Berta Suárez / Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar.

REUNIONES

GT ESTACIONES DE ESQUI (30 de noviembre de 2020)

- Valoración de situación de las estaciones de esquí.



GRUPO DE TRABAJO ESTRATEGIA COMUNICATIVA FATIGA PANDÉMICA

PROPONENTE: Secretaría del Consejo Interterritorial del SNS.

ACUERDO: 4 de noviembre de 2020.

CONSTITUCIÓN: 13 de noviembre de 2020.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------|------------------------------------|
| - Cataluña | - Montserrat Moharra |
| - Galicia | - Raquel Sánchez González |
| - Andalucía | - María Dolores Fernández Barragán |
| - Asturias | - Marta Pisano González |
| - Cantabria | - Adrián Hugo Llorente Aguinagalde |
| - La Rioja | - Álvaro Rudíez Herce |
| - Murcia | - Mario Alarcón Martínez |
| - C. Valenciana | - Francesc Piera Sirera |
| - Aragón | - Plácido Díez Bella |
| - Castilla-La | - Teresa Rodríguez Cano |
| - Canarias | - Yolanda Pérez Ramírez |
| - Navarra | - Jesus Irabarren Corera |
| - Extremadura | - José Félix Herrera San Cristóbal |
| - Baleares | - Nuria Togorés Fernández |
| - Madrid | - Pilar Mestre Ortega |
| - Castilla y León | - José Miguel de Elías Hernández |
| - Ceuta | - Rebeca Benarroch Benarroch |
| - Melilla | - Yeray Díaz Zbida |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Ministerio de Sanidad:** Silvia Calzón / Pilar Aparicio / Víctor Francos / Pilar Campos / Patricia Lacruz / Fernando Simón / Alfredo González / Blanca Botello / María Terol / Ángel Guirao / Juan Julián García / Begoña Rodríguez / Sara Vivas / Carolina Rodríguez / Ana Zapardiel
- **Ministerio de Política Territorial y Función Pública:** Violeta Tomás Gutiérrez / Mercedes Pastor
- **Instituto de Salud Carlos III:** Carlos M. Saborido.



REUNIONES

GT EST. COM. FATIGA PANDEMICA (13 de noviembre de 2020).

1. Comprender a las personas:
 - Identificar grupos prioritarios.
 - Entender sus motivaciones y barreras.
 - Aplicar lo aprendido.
 - Nuevas formas de comunicar.
2. Participación de todos los sectores:
 - Preguntar a la sociedad.
 - Preguntar a las personas procedentes de diferentes entornos y ver como implementan las medidas (escolar, laboral, etc.).
 - Voces fiables en los mensajes hacia la salud.
 - Formas creativas e inspiradoras de transmitir los mensajes.
3. Permitir a las personas vivir sus vidas, pero reduciendo el riesgo:
 - Enfoque de reducción de daños.
 - Ayudar a diferenciar los riesgos de cada una de las actividades.
 - Navidad.
 - Cambiar el NO HAGAS por HAZLO DIFERENTE.
 - Evitar enjuiciar y culpar las conductas de riesgo.
4. Reconocer y abordar las dificultades que viven las personas.

GT EST. COM. FATIGA PANDEMICA (24 de noviembre de 2020).

1. Elaboración de una estrategia comunicativa frente a la fatiga pandémica.



GRUPO DE TRABAJO EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SNS FRENTE A LA PANDEMIA

PROPONENTE: Secretaría del Consejo Interterritorial del SNS.

ACUERDO: 7 de octubre de 2020.

CONSTITUCIÓN: 16 de octubre de 2020.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|----------------------|--|
| - País Vasco | - Sin asistente |
| - Cataluña | - Rosa María Vivanco Hidalgo |
| - Galicia | - Raquel Zubizarreta / Carmen Durán Parrondo |
| - Andalucía | - Inmaculada Vázquez |
| - Asturias | - Rafael Cofiño Fernández / Sergio Vallés García |
| - Cantabria | - Paloma Navas Gutiérrez |
| - La Rioja | - Pello Latasa Zamalloa |
| - Murcia | - Jaime Jesús Pérez Martín |
| - C. Valenciana | - Salvador Peiró Moreno |
| - Aragón | - Sandra García Armesto |
| - Castilla-La Mancha | - Juan José Camacho Parejo |
| - Canarias | - Conrado Domínguez Trujillo |
| - Navarra | - Carlos Artundo Purroy/ Pedro Gullón Tosio |
| - Extremadura | - María Pilar Guijarro Gonzalo |
| - Baleares | - Nacho García Pineda |
| - Madrid | - Elena Andradas Aragonés |
| - Castilla y León | - María José Pérez Boillos |
| - Ceuta | - Rebeca Benarroch Benarroch |
| - Melilla | - José Antonio Castillo Martín |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Ministerio de Sanidad:** Silvia Calzón / Pilar Aparicio / Víctor Francos / Patricia Lacruz / Fernando Simón / Alfredo González / Blanca Botello / Rodrigo Gutiérrez / Ángel Guirao / Juan Julián García / Begoña Rodríguez / Sara Vivas / Carolina Rodríguez / Ana Zapardiel
- **Ministerio de Política Territorial y Función Pública:** Violeta Tomás Gutiérrez



ORDEN DEL DÍA (común a todas las reuniones)

1. Definir el Marco para la realización de una evaluación independiente del desempeño del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia de COVID-19, según acuerdo adoptado en la sesión plenaria del CISNS del 7 de octubre de 2020.

REUNIONES

- 16 de octubre de 2020
- 23 de octubre de 2020
- 29 de octubre de 2020
- 6 de noviembre de 2020



GRUPO DE TRABAJO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

PROPONENTE: Comité Consultivo.

ACUERDO: 16 de enero de 2005.

CONSTITUCIÓN: 10 de marzo de 2005.

COORDINADOR: DG de Cohesión del SNS y Alta Inspección.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------|---|
| - País Vasco | - Sin asistente |
| - Cataluña | - Lidia Domingo Ferrer |
| - Galicia | - Sin asistente |
| - Andalucía | - José Antonio Mulero / M ^a Ángeles Marqués |
| - Asturias | - Arcadio Fernández / Lidia Clara Rodríguez García |
| - Cantabria | - José Albuquerque Sánchez |
| - La Rioja | - Sin asistente |
| - Murcia | - Mercedes Rodríguez Morlesín |
| - C. Valenciana | - Sin asistente |
| - Aragón | - Jordi Jiménez Molino |
| - Castilla-La | - Roberto Sabrido Bermúdez / Roberto Campos Villamiel |
| - Canarias | - Juan Vicente Díaz González |
| - Navarra | - Sin asistente |
| - Extremadura | - Presentación Puerto Pino / Laureno Marín |
| - Baleares | - Joaquín María García Rodríguez |
| - Madrid | - M ^a Teresa Atilano / Rocío García Valriberas |
| - Castilla y León | - Nieves Martín Sobrino |
| - Ceuta | - Sin asistente |
| - Melilla | - Sin asistente |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Ministerio de Sanidad:** Ángel Guirao García / Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar / Sara Vivas Fernández
- **Subdirector General Coordinación Unidades Médicas (INSS):** Juan Antonio Martínez Herrera
- **Médico Inspector del INSS:** Javier Sainz González



REUNIONES

GT INCAPAC. TEMPORAL (16 de enero de 2020). Presencial

1. Constitución del Grupo de Trabajo.
2. Objetivos del Grupo de Trabajo:
 - 2.1. Nuevo Convenio de IT entre INSS y CCAA.
 - 2.2. Análisis de Indicadores en IT entre INSS y CCAA.
 - 2.3. Experiencias pilotos para el abordaje de la IT.
 - 2.4. Coordinación en situaciones no reguladas por normativa actual.
 - 2.5. Aportaciones de nuevos objetivos.
3. Cronograma: Propuesta de reuniones trimestrales previas a la reunión de la Comisión de Coordinación de Inspección.
4. Ruegos y Preguntas.

GT INCAPAC. TEMPORAL (3 de marzo de 2020). Presencial-VC

1. Criterio 2/2020 sobre consideración como situación de incapacidad temporal derivada de enfermedad común de los periodos de aislamiento preventivo sufrido por los trabajadores como consecuencia del nuevo tipo de virus de la familia coronaviridae, denominado SARS-CoV-2.
2. Discusión de las aportaciones de las CCAA al futuro Convenio INSS-CCAA (Anexo I: Documento de consenso).
3. Ruegos y Preguntas.



GRUPO DE TRABAJO MEDIDAS FESTIVOS DICIEMBRE Y VACACIONES NAVIDEÑAS

PROPONENTE: Secretaría del Consejo Interterritorial del SNS.

ACUERDO: 18 de noviembre de 2020.

CONSTITUCIÓN: 20 de noviembre de 2020.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------|---|
| - País Vasco | - Koldo Cambra |
| - Cataluña | - Carmen Cabezas |
| - Galicia | - Julio García Comesaña |
| - Andalucía | - Ulises P. Ameyugo Catalán |
| - Asturias | - José Ramón Hevia / Rafael Cofiño |
| - Cantabria | - Adrián Hugo Llorente Aguinagalde |
| - La Rioja | - Pello Latasa Zamalloa |
| - Murcia | - José Carlos Vicente López/ Jaime Jesús Pérez Martínez |
| - C. Valenciana | - Vicent Villanueva Ballester |
| - Aragón | - Mercedes Febrel Bordeje |
| - Castilla-La | - Juan José Criado Álvarez |
| - Canarias | - María Esther Fierro Peral |
| - Navarra | - Jesus Irabarren Corera |
| - Extremadura | - M ^a Jesús López Fernández |
| - Baleares | - Félix Alonso Cantorné |
| - Madrid | - M ^a José Esteban Niveiro |
| - Castilla y León | - Carmen Pacheco Martínez |
| - Ceuta | - Rebeca Benarroch Benarroch |
| - Melilla | - Juan Luis Cabanillas Moruno |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Salud Pública:** Pilar Aparicio Azcárraga
- **D.G. Ordenación Profesional:** Vicent Martínez Ibáñez
- **Centro de Coord. de Alertas y Emerg. Sanitarias:** M^a José Sierra Moros / Berta Suárez Rodríguez
- **S.G. de Cohesión y Alta Inspección del SNS:** Ana Quiralte Paredes / Begoña R. Ortíz de Salazar
- **FEMP:** Carlos Daniel Casares / Luis Enrique Mecati
- **Ministerio de Política Territorial:** Violeta Tomás Gutiérrez



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MEMORIA 2020 (CISNS)

REUNIONES

20 de noviembre de 2020

27 de noviembre de 2020



GRUPO DE TRABAJO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

PROPONENTE: Comisión de Coordinación de la Inspección en el SNS.

ACUERDO: 5 de marzo de 2019.

CONSTITUCIÓN: 10 de julio de 2019.

COORDINADOR: Dirección General de Ordenación Profesional.

PARTICIPANTES

CCAA

- Cataluña - Yolanda Ortega Martínez
- Andalucía - Juan Pedro del Águila Grande / Francisco J. Estebaranz García
/ Herminia Álvarez Luque
- Asturias - Ángela Méndez Fernández / Fernando Gallego Rodríguez
- C. Valenciana - M^a José Garrido García/ Amparo Escucer Alejos / M^a José del
- Madrid - Ángeles de Pablo de la Iglesia

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- Dirección General de Ordenación Profesional:
Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar / Sara Vivas Fernández

REUNIONES

26 de febrero

1. Aprobación del Resumen de la reunión anterior.
2. Guía de autorización e inspección de centros de RHA.
3. Ruegos y preguntas



PONENCIA DE PROGRAMA Y REGISTRO DE VACUNACIONES

PROPONENTE: Secretaría General para el Consumo y la Salud Pública.

ACUERDO: 18 de diciembre de 1991.

CONSTITUCIÓN: 18 de febrero de 1992.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------------|---|
| - País Vasco | - José M ^a Arteagoitia Axpe |
| - Cataluña | - Luis Urbiztondo Perdices / Carmen Cabezas Peña /
Montserrat Martínez Marcos / Eva Borrás |
| - Galicia | - José Antonio Taboada Rodríguez |
| - Andalucía | - David Moreno Pérez |
| - Asturias | - Ismael Huerta González / Marta Huerta Huerta |
| - Cantabria | - Ángela Fernández Rodríguez / Manuel Galán Cuesta |
| - La Rioja | - Eva María Martínez Ochoa |
| - Murcia | - José Antonio Navarro Alonso / Pedro Bernal González /
Jaime Jesús Pérez-Martín |
| - C. Valenciana | - José Antonio Lluch Rodrigo / Eliseo Pastor Villalba |
| - Aragón | - Manuel Méndez Díaz |
| - Castilla-La
Mancha | - Arturo Caballero Carmona / Rosa M ^a Modesto González
Isabel Delicado Gálvez |
| - Canarias | - Amós José García Rojas |
| - Navarra | - Aurelio Barricarte Gurrea |
| - Extremadura | - Rosa López García / Mercedes Nieto Muñoz-Casillas /
M ^a José Macías Ortiz |
| - Baleares | - Antonia Galmés Truyols |
| - Madrid | - M ^a Dolores Lasheras Carbajo / Amaya Sánchez Gómez
/ Soledad Cañellas Llabrés |
| - Castilla y León | - M ^a Jesús Rodríguez Recio / Cristina Sopena |
| - Ceuta | - Francisco Javier Carrillo de Albornoz Piquer |
| - Melilla | - Daniel Castrillejo Pérez / José Ruiz Olivares / Atanasio
Gómez |



ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **SG Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública:** Aurora Limia Sánchez / Laura Sánchez-Cambronero Cejudo / Elena Cantero Gudino / Marta Soler Soneira / Carmen Olmedo Lucerón / Belén Delgado Díez / Pilar Campos Esteban / José Antonio Navarro Alonso
- **AEMPS:** Agustín Portela Moeira / Lorena Ver Soledad / Alicia Pérez González / Ana Sagredo Rodríguez / César Hernández / Dolores Montero Corominas
- **SG Sanidad Exterior (MSCBS):** Patricia López Pereira / Inmaculada Vera Gil
- **Centro de Alertas y Emergencias Sanitarias:** María José Sierra Moros / Susana Monge Corella
- **SG Tecnologías de la Información (MS):** Noemí Cívicos Villa / Mariano Martín García
- **Grupo de Trabajo “Vacunación COVID-19”:** Vicente Bellver / Monserrat García/ Inmaculada Cuesta / Josep Lobera/ José Javier Gómez
- **INGESA:** María Antonia Blanco Galán
- **Consejo Nacional de Epidemiología:** Josefa Masa Calles / Amparo Larrauri Cámara
- **Secretaría Consejo Interterritorial del SNS:** Carolina Rodríguez Gay
- **Instituciones Penitenciarias:** Pilar Gómez Pintado
- **Ministerio de Defensa:** Gloria Gema Cáceres Bermejo / Antonio Joaquín Piñeyroa Sierra
- **Ministerio del Interior:** Pilar Gómez Pintado



REUNIONES

Todas las reuniones se han realizado por videoconferencia.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (23 de enero de 2020)

1. Coberturas de vacunación 2018 (solicitud septiembre 2019) y análisis uso nuevos indicadores coberturas en 2018 y 2019.
2. Requerimientos de los sistemas de información de vacunación.
3. Presentación BDCAP.
4. Indicadores en grupos de riesgo.
5. Información.
6. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG.VACUNACIONES (17 de febrero de 2020)

1. Revisión del documento de actualización del Plan Estratégico de Eliminación del Sarampión y la Rubeola en España.
2. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG.VACUNACIONES (21 de abril de 2020)

1. Revisión del documento de recomendaciones de vacunación frente a gripe para la temporada 2020-2021.
2. Situación de los programas de vacunación durante el estado de alarma en las CCAA.
3. Actualización en vacunas frente al SARS-CoV-2.
4. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (8 de mayo de 2020)

1. Encuesta sobre la afectación de los programas de vacunación en la situación por COVID-19.
2. Próxima Nota informativa sobre vacunación durante la desescalada.
3. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (12 de junio de 2020)

1. Situación actual vacunas COVID-19.
2. Vacunación frente a la gripe, temporada 2020-2021.
3. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (17 de septiembre de 2020)

1. Coberturas de vacunación 2019.



2. Campaña de vacunación frente a gripe temporada 2020-2021.
3. Vacunas COVID-19.
4. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (21 de octubre de 2020)

1. Sistema de información de vacunaciones COVID-19 del SNS.
2. Actualización trabajos en marcha.
3. Actualización de vacunas frente a COVID-19.
4. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (16 de noviembre de 2020)

1. Borrador de la estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España.
2. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (19 de noviembre de 2020)

1. Continuación revisión del borrador de la estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España.
2. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (23 de noviembre de 2020)

1. Asignación preliminar de dosis de vacunas frente a COVID-19.
2. Discusión de aspectos del borrador de la estrategia.
3. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (24 de noviembre de 2020)

1. Aspectos de logística, distribución y administración de vacunas.
2. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (11 de diciembre de 2020)

1. Actualización estrategia de vacunación frente a COVID-19: vacunación de personas con antecedente de infección y subgrupos a incluir en primera fase.
2. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (16 de diciembre de 2020)

1. Presentación de modelo informacional de REGVACU (Power BI).
2. Certificado de vacunación (tarjeta de Pfizer, emisión por Ministerio, emisión por CCAA, certificado internacional...).



3. Desarrollo y disponibilidad de materiales formativos para personal que va a vacunar.
4. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (23 de diciembre de 2020)

1. Detalles vacunación Pfizer.
2. Detalles vacunación Moderna.
3. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (30 de diciembre de 2020)

1. Revisión Guía Técnica Pfizer.
2. Vacunación segunda fase.
3. Ruegos y preguntas.



PONENCIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco - Yon Sorarrain Odriozola / Beatriz Nuin
- Cataluña - Carmen Cabezas Peña / Laila Asso Ministral
- Galicia - Araceli Barrán Cepeda
- Andalucía - M^a Dolores Fernández Pérez
- Asturias - Chema Blanco / José Ramón Hevia Fernández
- La Rioja - M^a José López Valdivieso / Pilar Diez Ripollés
- Murcia - Olga Monteagudo Piqueras
- C. Valenciana - Inmaculada Clemente Paulino
- Aragón - María Elisa Ferrer García/ Mercedes Febrel Bordejé / Javier Gallego Diéguez
- Castilla-La - Arturo Caballero Carmona/ Álex Pontes / Pilar Calatrava
- Canarias - Juana María Reyes
- Navarra - Arantxa Legarra Zubiría / M^a José Pérez Jarauta
- Extremadura - Eulalio Ruiz Muñoz
- Baleares - Elena Cabeza / Catalina Núñez Jiménez
- Madrid - Julia Domínguez Bidagor
- Castilla y León - María Teresa Jiménez López / Irene Morales Loro

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad:** Pilar Campos Esteban / Ana Gil Luciano / María Terol Claramonte / María Soledad Justo Gil / Jara Cubillo Llanes / Alberto Martín-Pérez Rodríguez / Roberto Ravelo Mireles / Angélica Bonilla Escobar / Edith Alonso
- **Centro Coordinador de Alertas y Emergencias (CCAES):** Berta Suárez Rodríguez
- **SG Calidad e Innovación:** Inés Palanca Sánchez / Julio las Heras Mosteiro
- **INGESA:** Teresa García Ortiz



REUNIONES

Todas las reuniones se han realizado por videoconferencia.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (09 de junio de 2020)

1. Explicación institucional del contexto de los trabajos elaborados.
2. Presentación de documento sobre actividades de tiempo libre infanto-juveniles.
3. Presentación sobre los principios básicos de funcionamiento de los centros educativos.
4. Presentación de medidas en el entorno universitario.
5. Conclusiones y cierre.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (29 de septiembre de 2020)

1. Actualización de lo trabajado en relación con las Medidas de Prevención, Higiene y Promoción de la Salud frente a COVID-19 en los centros educativos.
2. Puesta en común de avances, problemas que hayan surgido y necesidades pendientes de resolver en relación a Educación y COVID-19.
3. Información sobre el documento “Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales”.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (27 de octubre de 2020)

1. Aprobación Reglamento de la Ponencia.
2. Actualización de líneas de trabajo en promoción de la salud y equidad y prioridades. Ministerio de Sanidad.
3. Puesta en común por parte de las Comunidades Autónomas.
4. Dudas / Preguntas específicas respecto a centros educativos y medidas COVID-19.



PONENCIA DE SALUD LABORAL

PROPONENTE: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

ACUERDO: 4 de octubre de 2011 de la Comisión de Salud Pública. Ratificado el 27 de junio de 2012. Pleno 102 CISNS, punto 3. Acuerdo nº 872.

CONSTITUCIÓN: 10 de mayo de 1989.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco - Aitor Guisasola Yeregi
- Cataluña - Rafael Panadés Valls / Alex Guerrero Roca
- Galicia - M^a Isabel González García / Fátima González Moure
- Andalucía - Carmen Rodríguez Camacho / Francisco Arroyo Yanes / M^a Rosario Díaz Peral
- Asturias - Esperanza María Alonso Jiménez
- Cantabria - Carmen Gómez Chomón
- La Rioja - Lourdes Miralles Martínez-Portillo
- Murcia - Bienvenida Carpe Carpe / Fina Egea
- C. Valenciana - Valentín Esteban Buedo
- Aragón - Nieves Martínez Arguisuelas
- Castilla-La - Fernando Cebrián Gómez
- Canarias - Eduardo García-Ramos Alonso
- Navarra - Jesús Fernández Baibar / Iñaki Moreno Sueskun / Sandra
- Extremadura - Yolanda Anes del Amo / Santiago Briz / M^a R. Sanguino / M^a Carmen Calderón
- Baleares - Milagros Quiema delos Carmona
- Madrid - M^a Fernanda González Gómez
- Castilla y León - Mercedes Elvira Espinosa / M^a Teresa Jiménez López / Sonsoles Moretón / Marta Conde
- Ceuta - Ana Isabel Rivas Pérez
- Melilla - Luisa Fernanda Hermoso Castro

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación:** Pilar Aparicio
- **Subdirectora General de Salud Ambiental y Salud Laboral:** Covadonga Caballo Diéguez
- **Jefa del Área de Salud Laboral:** Monserrat García Gómez
- **Técnico Superior Área de Salud Laboral:** Alín Manuel Gherasim / Joaquín Estévez Lucas / Carmen Álvarez González



- **Centro de Coord., Alertas y Emerg. Sanitarias:** M^a José Sierra Moros / Óscar Pérez Olaso
- **Directora del Departamento de Investigación e Información:** Marta Zimmerman Verdejo
- **Func. en prácticas-Cuerpo de médicos Titulares:** Belén Delgado Diez / Zoni Matta / Ana Clara



REUNIONES

Todas las reuniones se han realizado por videoconferencia

PONENCIA DE SALUD LABORAL (7 de febrero de 2020)

1. Explicación y estado de situación del brote de coronavirus originado en Wuhan (China).
2. Planificación de los trabajos para elaborar la primera versión del documento. Procedimiento de actuación de los servicios de riesgos laborales frente a la exposición del nuevo coronavirus (SARS- CoV-2).

PONENCIA DE SALUD LABORAL (12 de marzo de 2020)

1. Actualización de la situación sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 en España.
2. Modificaciones en el Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de riesgos Laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (20 de marzo de 2020)

1. Actualización de la situación sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 en España.
2. Cambios en el Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de riesgos Laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (30 de marzo de 2020)

1. Actualización del Procedimiento de actuación para los Servicios de riesgos laborales frente a la exposición al nuevo coronavirus SARS-CoV-2.
2. Adecuación de procedimiento al cambio de definición de caso.
3. Modelos de informe para la comunicación de contacto estrecho y especial sensibilidad por parte de servicio de prevención.
4. Optimización del uso de mascarillas, ropa de protección y guantes (Anexo III).

PONENCIA DE SALUD LABORAL (8 de abril de 2020)

1. Actualización del Procedimiento de actuación para los Servicios de riesgos laborales frente a la exposición al nuevo coronavirus SARS-CoV-2.
2. Adecuación de procedimiento al cambio de definición de caso.
3. Nota interpretativa de la aplicación de los escenarios de riesgo de exposición de la Tabla 1 en los lugares de trabajo.



4. Guía de actuación para la gestión de vulnerabilidad y el riesgo en el ámbito sanitario y sociosanitario (Anexo IV).
5. Guía de actuación para la gestión de la vulnerabilidad y el riesgo en ámbitos no sanitarios o sociosanitarios (Anexo V).

PONENCIA DE SALUD LABORAL (27 de abril de 2020)

1. Revisión del Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (6-7 de mayo de 2020)

1. Revisión del Procedimiento de actuación para los Servicios de riesgos laborales frente a la exposición al nuevo coronavirus SARS-CoV-2.
2. Vigilancia de la COVID-19 en la fase de desescalada en el ámbito laboral.
3. Actualización de Trabajador Especialmente Sensible y Anexos IV y V del Procedimiento para SPRL.
4. Estructuras autonómicas para las actividades de vigilancia de la COVID-19 en la fase de desescalada.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (8 de junio de 2020)

1. Cambios en la estrategia de vigilancia, diagnóstico y control de la COVID-19.
2. Avances en el manejo de casos y contactos en el ámbito laboral.
3. Indicadores de seguimiento.
4. Actualización del Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (13 de julio de 2020)

1. Actualización del Procedimiento SPRL.
2. Cobertor facial comunitario.
3. Participación en el estudio de brotes.
4. Datos sobre participación de los SPRL en el control de la transmisión.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (26 de agosto de 2020)

1. Guía para la prevención y control de la COVID-19 en las industrias de la carne.
2. Participación en el estudio de brotes. Realización de pruebas y asunción de costes. Indicadores.
3. Criterio Técnico sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social relativas a la habilitación contenida en el Real Decreto-Ley 20/2021, de



- 9 de junio, en relación con las medidas de prevención e higiene para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 en los centros de trabajo.
4. Documentos sobre actuación en centros educativos: prevención, manejo de casos y contactos; mínimos Acuerdo Educación.
 5. Ruegos y preguntas.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (21 de septiembre de 2020)

1. Estrategia diagnóstica en un escenario de aumento de la demanda.
2. Duración de las cuarentenas y actuación sobre personal sanitario y socio-sanitario.
3. Funcionarios de las mutualidades (MUFACE, ISFAS, MUGEJU), casos y contactos, IT.
4. Trabajadores de centros sanitarios y socio-sanitarios. AT. Mutuas. Situación tras la derogación por las Cortes del R. Decreto.
5. Cambios necesarios en el Procedimiento para los SP.
6. Consultas/sugerencias de patronal y sindicatos.
7. Otros asuntos.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (16 de noviembre de 2020)

1. Actualización del Procedimiento SPRL y COVID-19.
2. Actualización de la Guía para la prevención y control de la COVID-19 en industrias de la carne.
3. Informe sobre Evaluación del riesgo y de las medidas de prevención de la transmisión de SARS-CoV-2 mediante aerosoles.
4. Informe sobre Estrategias de vacunación COVID-19. Trabajadores esenciales
5. Datos sobre la participación de los SPRL en el control de la transmisión.
6. Informe sobre la Estrategia en cáncer del SNS.
7. Temas de la CNSST: ETT y vigilancia de la salud, como implantar el modelo PIVISTEA.ISM.
8. Otros asuntos.



PONENCIA DE SANIDAD AMBIENTAL

PROPONENTE: Secretaría del Consejo Interterritorial del SNS.

ACUERDO: 13 de julio de 1988.

CONSTITUCIÓN: 10 de mayo de 1989.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------|---|
| - País Vasco | - Koldo de la Fuente Campos |
| - Cataluña | - Esther Bigas Vidal / Irene Corbella Cordoní |
| - Galicia | - Manuel Álvarez Cortiñas |
| - Andalucía | - José Vela Ríos |
| - Asturias | - José Ignacio Altolaquiere Bernácer |
| - Cantabria | - María Martín Sarobe / M ^a Ángeles Lumbreras Fernández de Nograro |
| - La Rioja | - Fernando Escorza Muñoz |
| - Murcia | - Elisa Gómez Campoy / Manuel José Méndez Romera |
| - C. Valenciana | - José Vicente Martí Boscá / Vicente Villanueva Ballester |
| - Aragón | - Alberto J. Alcolea Soriano |
| - Castilla-La | - Fernando Cebrián Gómez |
| - Canarias | - M ^a Luisa Pita Toledo |
| - Navarra | - Teresa Ferrer Gimeno |
| - Extremadura | - M ^a Soledad Acedo Grande |
| - Baleares | - Mercedes Gumá Torá |
| - Madrid | - Carmen Fernández Aguado |
| - Castilla y León | - Isabel García Herrero |
| - Ceuta | - Rebeca Benarroch Benarroch |
| - Melilla | - Flor Roche Magistris |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación:** Covadonga Caballo Diéguez / Mercedes Alfaro Latorre
- **Instituto de Salud Carlos III:** Argelia Castaño Calvo



REUNIONES

PONENCIA DE SANIDAD AMBIENTAL (21 de enero de 2020)

1. Formación de formadores en el control de las obligaciones de los Reglamentos (CE) nº 1907/2006 (REACH), (CE) nº 1272/2008 (CLP) y Reglamento (UE) nº 528/2012 (Biocidas) en relación con la venta *on line* de sustancias, mezclas y artículos. Preparación de los proyectos de inspección REF-8 y BEF-2.
2. Introducción al REF 8.
3. Base legal para la publicidad: CLP, REACH, Biocidas.
4. Metodología para el control de las ventas por internet.
5. Actuaciones en caso de incumplimiento.
6. Resolución de casos prácticos relativos a REACH, CLP.
7. Casos prácticos relativos a productos Biocidas.
8. Casos límite con otras legislaciones. Aceites esenciales con finalidad o reclamo (claim) biocida.
9. Preparación del proyecto REF 8.

PONENCIA DE SANIDAD AMBIENTAL (18 de febrero de 2020)

1. Aprobación del Orden del Día.
2. Aprobación del acta de la reunión anterior.
3. Discusión del Proyecto de Real Decreto por el que se regula el Registro y las condiciones de autorización, fabricación, comercialización y uso de biocidas.
4. Revisión final del Proyecto de Real decreto por el que se establecen los criterios higiénicos sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis.
5. Información sobre el Plan Nacional del radón.
6. Ruegos y Preguntas.



PONENCIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y PLANES DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA

PROPONENTE: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

ACUERDO: 22 de febrero de 2012 de la Comisión de Salud Pública (Acta 188).
Ratificado el 27 de junio de 2012. Pleno 102 CISNS, punto 3. Acuerdo nº 872.

CONSTITUCIÓN: 23 de mayo de 2012.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------|--|
| - País Vasco | - Fernando González Carril / José María Artiagoitia Axpe |
| - Cataluña | - Jacobo Mendioroz |
| - Galicia | - Alberto Malvar Pintos |
| - Andalucía | - Nicola Lorusso |
| - Asturias | - Ismael Huerta González |
| - Cantabria | - Luis Javier Vilorio Raymundo / Adrián Hugo Aginagalde |
| - La Rioja | - Eva M ^a Martínez Ochoa |
| - Murcia | - Ana M ^a García Fulgueiras |
| - C. Valenciana | - Hermelinda Vanaclocha Luna |
| - Aragón | - Juan Pablo Alonso Pérez de Agreda |
| - Castilla-La | - Gonzalo Gutiérrez Ávila |
| - Canarias | - Domingo Ángel Núñez Gallo |
| - Navarra | - Jesús Castilla Catalán / Aurelio Barricarte Gurrea |
| - Extremadura | - Julián Mauro Ramos Aceitero |
| - Baleares | - Antonio Nicolau Riutort / Magdalena Gázquez |
| - Madrid | - María Ordobás / María Ángeles López Pérez |
| - Castilla y León | - Cristina Ruiz Sopeña |
| - Ceuta | - Ana Isabel Rivas Pérez |
| - Melilla | - Daniel Castrillejo Pérez |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación:** CCAES/ Monserrat García Gómez / Fernando Carreras Vaquer / Aurora Limia Sánchez
- **INGESA:** Antonia Blanco Galán
- **Ministerio de Defensa:** M^a Elga Mayo Montero



- **Ministerio del Interior:** Pilar Gómez Pintado
- **Instituto de Salud Carlos III:** Rosa Cano Portero / Pedro Arias Bohigas / Jesús Otero Iglesias
- **Secretaria de Estado de Digitalización e Inteligencia artificial (SEDIA):** Santiago Graña / Jaime González / Pablo Rodríguez



REUNIONES

La mayor parte de las reuniones de esta ponencia se han realizado por videoconferencia.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (29 de enero de 2020). Presencial

1. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-nCoV).
2. Otros temas (ponencia programada con anterioridad): actualización del plan de eliminación del sarampión, actualización de los protocolos de vigilancia, protocolo de listeriosis, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, contactos de sarampión en medios de transporte; Estrategia y Real Decreto de vigilancia en salud pública.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (31 de enero de 2020). Presencial

1. Revisión y cierre del borrador del protocolo de actuación.
2. Consensuar la adecuación de los equipos de protección individual para profesionales.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (3 de febrero de 2020). Presencial

1. Evaluación de la situación en cada CCAA.
2. Revisión de la definición de caso para decidir si incluir todo China.
3. Actualizaciones en caso de viajeros procedentes de Hubei.
4. Revisión del procedimiento para la identificación y seguimiento de contacto de casos de 2019 (n-cov).

P. VIGILANCIA EPIDEM. (6 de febrero de 2020).

1. Situación epidemiológica.
2. Definición de caso.
3. Criterios de alta; muestras de heces y orina.
4. Revisión del procedimiento.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (13 de febrero de 2020).

1. Discusión de aspectos del Procedimiento de vigilancia.
2. Protocolo de contactos.



P. VIGILANCIA EPIDEM. (19 de febrero de 2020).

1. Procedimiento de vigilancia: definición de caso con propuesta de ampliar la zona geográfica a Singapur, Japón y otras zonas de acuerdo con los cambios propuestos por el ECDC.
2. Revisión de la situación epidemiológica y de salud pública.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (25 de febrero de 2020).

1. Revisión de la actuación epidemiológica y de salud pública.
2. Revisión definición de caso en vista del cambio de la evaluación de riesgo del ECDC.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (26 de febrero de 2020).

1. Aprobación del borrador de la nueva definición de caso.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (28 de febrero de 2020).

1. Revisión de la situación.
2. Revisión de documentos: procedimiento general, atención domiciliaria y manejo en atención primaria.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (2 de marzo de 2020).

1. Revisión de la situación.
2. Propuesta de intensificación de la vigilancia en esta fase y posteriores.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (4 de marzo de 2020).

1. Revisión de la situación.
2. Evaluación de los profesionales sanitarios con antecedente de exposición de riesgo a coronavirus.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (6 de marzo de 2020).

1. Revisión de la situación epidemiológica y de salud pública.
2. Centros escolares, residencias y centro socio-sanitarios.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (10 de marzo de 2020).

1. Revisión de la situación epidemiológica y de salud pública.
2. Revisión del procedimiento de actuación.



P. VIGILANCIA EPIDEM. (16 de marzo de 2020).

1. Revisión de la situación epidemiológica y de salud pública.
2. Revisión del procedimiento de actuación.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (19 de marzo de 2020).

1. Aspectos de vigilancia.
2. Valoración de un sistema centinela.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (24 de marzo de 2020).

1. Revisión de la situación epidemiológica y de salud pública.
2. Revisión del procedimiento.
3. Revisión de la vigilancia.
4. Información sobre las pruebas rápidas.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (30 de marzo de 2020).

1. Revisión del procedimiento.
2. Revisión del documento de actuación en personal sanitario.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (2 de abril de 2020).

1. Compartir los resultados de las pruebas diagnósticas rápidas que han sido evaluadas en el CNM.
2. Valorar la estrategia que se vaya a plantear para el uso de las distintas pruebas diagnósticas para la detección del coronavirus.
3. Revisión de los datos aportados por las CCAA cada día, tanto acumulados, confinados como hospitalizaciones, UCIs.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (6 de abril de 2020).

1. Criterios para dar de alta a los profesionales sanitarios.
2. Guía para el uso de test diagnósticos rápidos.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (8 de abril de 2020).

1. Revisión borrador de procedimiento modificado.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (16 de abril de 2020).

1. Estrategia para la vigilancia en un próximo escenario.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (22 de abril de 2020).

1. La vigilancia en Atención Primaria.



2. La revisión de la estrategia de utilización de pruebas diagnósticas en los distintos ámbitos.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (24 de abril de 2020).

1. Discutir la guía para la utilización de pruebas diagnósticas.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (27 de abril de 2020).

1. Revisar los siguientes documentos: “*COVID-19: Recomendaciones sanitarias para la estrategia de transición*”, “*Vigilancia y seguimiento de indicadores para la fase de transición*” y “*Guía para la utilización de test diagnósticos para COVID-19*”.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (5 de mayo de 2020).

1. Informar del procedimiento de desescalada con la información que las CCAA deberán presentar para el cambio de fase siguiendo la información que se incluyen en una encuesta que se ha preparado.
2. Preguntar a las CCAA sobre cómo están organizando la búsqueda y seguimiento de contactos.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (12 de mayo de 2020).

1. Discutir diferentes aspectos que tienen que ver con la nueva estrategia de detección, vigilancia y control en la fase de transición.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (19 de mayo de 2020).

1. Revisión de la situación epidemiológica y las medidas de salud pública.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (29 de mayo de 2020).

1. Discutir el procedimiento a seguir ante casos con PCR positiva después de un tiempo prolongado.
2. Discutir la información que se notifica a nivel estatal.
3. Informar sobre los contactos internacionales.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (5 de junio de 2020).

1. Recomendaciones de uso de mascarillas en la comunidad.
2. Discutir la información que se notifica a nivel estatal.
3. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19. Indicadores de seguimiento.



4. Realización de PCR en el seguimiento de contactos.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (10 de junio de 2020).

1. Discutir la estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (18 de junio de 2020).

1. Presentación del proyecto SERLAB.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (23 de junio de 2020).

1. Envío de datos a SIVIES.
2. Comunicación de brotes.
3. Control de puntos de entrada internacionales (puertos y aeropuertos) y búsqueda de contactos en medios de transporte.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (2 de julio de 2020).

1. Cambios en la ficha agregada de notificación semanal.
2. Aclaraciones sobre notificación de casos asintomáticos con PCR+ e IgG+.
3. Exposición del informe semanal de señales de alerta.
4. Aspectos de notificación de brotes.
5. Cierre del documento de búsqueda de contactos en medios de transporte.
6. Ruegos y preguntas.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (9 de julio de 2020).

1. Revisión final nuevos casos en la Estrategia de vigilancia.
2. Comunicación e informes sobre brotes.
3. Procedimiento de actuación para la atención de personas que llegan en patera.
4. Actualización de bases de datos.
5. Documentación de Promoción de la salud.
6. Casos de Fiebre Hemorrágica Crimea-Congo.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (16 de julio de 2020).

1. Situación de los brotes de COVID-19.
2. Plan de respuesta temprana frente a COVID-19 en fase de control.
3. Ruegos y preguntas.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (23 de julio de 2020).

1. Presentación de la App RADAR.



2. Revisión de la situación y brotes de COVID-19.
3. Discusión de documento para el análisis semanal de la situación de cada CCAA.
4. Aspectos relacionados con la Sanidad Exterior.
5. Ruegos y preguntas.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (3 de agosto de 2020).

1. Aplicación RADAR: constitución del grupo de trabajo, objetivos, plazos.
2. Proyecto “repositivos”: Información.
3. Estrategia vigilancia y control de casos y contactos:
 - a. Aislamiento y cuarentena de casos y contactos desplazados.
 - b. Cribados dirigidos en el entorno de brotes.
4. Actualización de CCAA de interés.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (7 de agosto de 2020).

1. Puntos para discusión: Aplicación RADAR.
2. Puntos para información:
 - a. Proyecto RECOVID.
 - b. Contactos en vuelos.
 - c. Otros asuntos.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (21 de agosto de 2020).

1. Manejo de casos y brotes de COVID-19 en centros educativos.
2. Brotes: revisión de la notificación a nivel central.
3. Manejo de contactos en servicios esenciales.
4. Calidad de los datos SIVIES.
5. APP RADAR COVID.
6. Brote de VNO en Andalucía.
7. Ruegos y preguntas.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (7 de septiembre de 2020).

1. Vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda Grave en España.
2. Estrategia de Vigilancia.
3. Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (17 de septiembre de 2020).

1. Documento de estrategia diagnóstica.
2. Otros.



P. VIGILANCIA EPIDEM. (22 de septiembre de 2020).

1. Revisión de la Estrategia de vigilancia y control.
2. Otros.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (30 de septiembre de 2020).

1. Discusión sobre el borrador del *“Acuerdo del consejo interterritorial del sistema nacional de salud sobre la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el Sars-cov-2”*.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (6 de octubre de 2020).

1. Discusión del documento “Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19”.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (13 de octubre de 2020).

1. Discusión sobre el documento “Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19”. Segunda revisión.
2. Información sobre el informe de brotes y su notificación.
3. Información sobre RADAR COVID.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (28 de octubre de 2020).

1. Grupo de trabajo de SiViEs. Información y propuesta.
2. Casos de posible reinfección.
3. Modificaciones de la estrategia de vigilancia.
4. Especificar el tema de las características que deben tener los test de Ag.
5. Pruebas en los contactos estrechos.
 - a. Añadir nota sobre actuaciones ante posibles casos de reinfecciones.
6. Revisar los días de aislamiento en los hospitalizados que son dados de alta hospitalaria. Valoración documento ECDC.
7. Incluir cambio en la variable ámbito, añadiendo social.
8. Vigilancia de casos sospechosos y brotes.
9. Otros temas.
 - a. Cesión de datos. Propuesta.
10. Grupo de trabajo para evaluar el riesgo de aerosoles. Información.
11. Ruegos y preguntas.



P. VIGILANCIA EPIDEM. (17 de noviembre de 2020).

1. Situación de la aplicación RADAR COVID. Información solicitada para la evaluación.
2. Estrategia de Vigilancia y Control. Aspectos a revisar.
3. Información sobre el documento de transmisión por aerosoles.
4. Informe del proyecto “Una perspectiva genómica de la pandemia”.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (26 de noviembre de 2020).

1. Cribados.
2. Medidas adoptadas en la segunda ola y análisis de su impacto.
3. Estrategia.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (30 de noviembre de 2020).

1. Se propone la revisión de la nueva versión del documento de la Estrategia de Detección precoz, Vigilancia y Control de COVID-19.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (9 de diciembre de 2020).

1. Datos necesarios para cumplir con el portal de transparencia.
2. Discusión de los aspectos en relación a la reinfección por SARS.CoV-2.
3. Papel de las IgG en la interpretación de éstas como parte de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control del COVID-19.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (15 de diciembre de 2020).

1. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control.
2. Personas fallecidas en el marco temporal de pandemia COVID-19.
3. Posicionamiento sobre el uso de los test de anticuerpos.
4. Documento de actuaciones de respuesta coordinada. Propuestas de cambios a incluir.
5. Protocolo de vigilancia de Virus de Nilo Occidental.
6. Ruegos y preguntas.



SUBCOMISIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PROPONENTE: Comisión de Aseguramiento y Planificación.

ACUERDO: 6 de noviembre de 2000.

CONSTITUCIÓN: 30 de noviembre de 2000.

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

PARTICIPANTES

CCAA

- | | |
|-------------------|---|
| - País Vasco | - Mikel Sánchez Fernández |
| - Cataluña | - Luis Manuel García Eroles |
| - Galicia | - Susana Cerqueiro / Benigno Rosón Calvo |
| - Andalucía | - Juan Carlos Fernández Merino / Juan Luis Cabanillas |
| - Asturias | - Luis Martínez Escotet |
| - Cantabria | - Mar Navarro |
| - La Rioja | - Pilar Sáenz |
| - Murcia | - Joaquín Palomar |
| - C. Valenciana | - Carmen Ferrer Ripollés |
| - Aragón | - Federico E. Arribas Monzón |
| - Castilla-La | - M ^a Teresa Marín / M ^a Paz Parras Partido |
| - Canarias | - Hilda Sánchez Janariz / Javier López |
| - Navarra | - Javier Turrumbay |
| - Extremadura | - Sin asistente |
| - Baleares | - Antonia Salvá Fiol |
| - Madrid | - Yolanda Llamas |
| - Castilla y León | - Marcelino Galindo / Miguel Villa |
| - Ceuta | - Sin asistente |
| - Melilla | - Sin asistente |

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación:** Pilar Aparicio / Mercedes Alfaro Latorre (Presidenta) / Elena Andradas / Ana Delgado / Santiago Esteban / Luz Fidalgo / M^a Ángeles Gogorcena Aoiz / M^a Santos Ichaso / Arturo Romero / Mónica Suárez / Soledad Justo Gil / Ana Isabel Fernández
- **D.G. de Cartera Básica de Servicios del SNS:** Arturo Gómez
- **Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (MUFACE):** Félix Lucio
- **Ministerio de Justicia (MUGEJU):** Jesús Miguel Rubio
- **Ministerio de Defensa (ISFAS):** Antonio Ramos.



REUNIONES

SUBCOMISIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN. (19 de junio de 2020).

Sesión monográfica sobre la situación de la información relacionada con la pandemia COVID-19, capacidad asistencial y pruebas diagnósticas.



SUBCOMISIÓN DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

PROPONENTE: Comisión Permanente de Trasplantes.

ACUERDO: 8 de mayo de 1997.

CONSTITUCIÓN: 27 de junio de 1997.

COORDINADOR: Organización Nacional de Trasplantes.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco
- Cataluña
- Baleares
- Castilla y León
- Joseba Ignacio Aranzábal Pérez
- Jaume Tort Bardolet / Ruth Barrio Ortega
- Miguel Aguado García
- Pablo Ucio Mingo

OTRAS ORGANIZACIONES

- **Expertos:** Cristina Arbona Cataño / Isabel Badell Serra / Arantxa Bermúdez Rodríguez / Enric Carreras Pons / Ildefonso Espigado / Ángela Figuera Álvarez / Nuria Marieges Vía / Carlos Solano Vercet / Lourdes Vázquez López / José Luis Vicario Moreno / Luis Javier García Frade / Ana Lluch Hernández / Sergi Querol / Rocío Parody / Ana Sastre

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Organización Nacional de Trasplantes:** Beatriz Domínguez-Gil (Presidenta) / Jorge Gayoso / Esther Bernabé Villarreal / Bibiana Ramos Suárez

REUNIONES

REUNION SUBCOMISIÓN (2 de junio de 2020). Videoconferencia

1. Propuesta y adopción del Orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta anterior.
3. Informe actividades REDMO 2019.
4. Memoria de TPH 2019.
5. Actividades Comité de Expertos TPH.
6. Estrategia Nacional de TPH 2018-2022: Evolución tipajes HLA.
7. Ruegos y preguntas.



REUNIONES BILATERALES SANIDAD

Se han mantenido diversas reuniones bilaterales con las distintas comunidades autónomas, con el objeto de analizar y valorar la situación de la epidemia en las primeras etapas de la pandemia.

ORDEN DEL DÍA (común a todas las reuniones)

Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus COVID-19.

REUNIONES Y PARTICIPANTES

SANIDAD CATALUÑA, PAÍS VASCO Y CASTILLA LA MANCHA (22 de marzo de 2020)

- Sr. D. Salvador Illa Roca. Ministro de Sanidad.
- Sra. D^a. Silvia Calzón Fernández. Secretaria de Estado de Sanidad.
- Hble. Sra. D^a Alba Vergés i Bosch. Consejera de Salud. (Cataluña).
- Excm. Sra. D^a Miren Nekane Murga Eizagaechearría. Consejera de Salud (País Vasco).
- Excmo. Sr. D. Jesús Fernández Sanz. Consejero de Sanidad. (Castilla-La Mancha).
- Subsecretario del Ministerio de Sanidad.
- Secretario General de Sanidad y Consumo.
- Director General de Ordenación Profesional.
- Directora General de Cartera Básica del SNS y Farmacia.
- Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).
- Directora General de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

SANIDAD LA RIOJA, NAVARRA Y CASTILLA-LEÓN (23 de marzo de 2020)

- Sr. D. Salvador Illa Roca. Ministro de Sanidad.
- Sra. D^a. Silvia Calzón Fernández. Secretaria de Estado de Sanidad.
- Excm. Sra. D^a. Sara Alba Corral. Consejera de Salud. (La Rioja).
- Excm. Sra. D^a. María Santos Induráin Orduña. Consejera de Salud. (Navarra).
- Excm. Sra. D^a. Verónica Casado Vicente. Consejera de Sanidad. (Castilla León).
- Subsecretario del Ministerio de Sanidad.
- Secretario General de Sanidad y Consumo.



- Director General de Ordenación Profesional.
- Directora General de Cartera Básica del SNS y Farmacia.
- Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).
- Directora General de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

SANIDAD ARAGÓN, ASTURIAS, EXTREMADURA, C. VALENCIANA Y CANTABRIA (24 de marzo de 2020)

- Sr. D. Salvador Illa Roca. Ministro de Sanidad.
- Sra. D^a. Silvia Calzón Fernández. Secretaria de Estado de Sanidad.
- Excm. Sra. D^a. Pilar Ventura Contreras. Consejera de Sanidad. (Aragón).
- Ilmo. Sr. D. Pablo Ignacio Fernández Muñiz. Consejero de Salud. (Asturias).
- Excmo. Sr. D. José M^a Vergeles Blanca. Consejero de Sanidad y Políticas Sociales. (Extremadura).
- Hble. Sra. D^a. Ana Barceló Chico. Consejera de Sanidad Universal y Salud Pública. (Comunidad Valenciana).
- Excmo. Sr. D. Miguel Javier Rodríguez Gómez. Consejero de Sanidad. (Cantabria).
- Subsecretario del Ministerio de Sanidad.
- Secretario General de Sanidad y Consumo.
- Director General de Ordenación Profesional.
- Directora General de Cartera Básica del SNS y Farmacia.
- Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).
- Directora General de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

SANIDAD GALICIA, BALEARES Y ANDALUCÍA (26 de marzo de 2020)

- Sr. D. Salvador Illa Roca. Ministro de Sanidad.
- Sra. D^a. Silvia Calzón Fernández. Secretaria de Estado de Sanidad.
- Excmo. Sr. D. Jesús Vázquez Almuiña. Consejero de Sanidad. (Galicia).
- Hble. Sra. D^a. Patricia Juana Gómez i Picard. Consejera de Salud y Consumo. (Islas Baleares).



- Ilmo. Sr. D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz. Consejero de Salud y Familias. (Andalucía).
- Subsecretario del Ministerio de Sanidad.
- Secretario General de Sanidad y Consumo.
- Director General de Ordenación Profesional.
- Directora General de Cartera Básica del SNS y Farmacia.
- Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).
- Directora General de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

SANIDAD MURCIA, CANARIAS, CEUTA Y MELILLA (27de marzo de 2020)

- Sr. D. Salvador Illa Roca. Ministro de Sanidad.
- Sra. D^a. Silvia Calzón Fernández. Secretaria de Estado de Sanidad.
- Ilmo. Sr. D. Manuel Villegas García. Consejero de Salud. (Murcia).
- Excmo. Sr. D. Julio Pérez Hernández. Consejero de Salud. (Canarias).
- Excmo. Sr. D. Francisco Javier Guerrero Gallego. Consejero de Sanidad. (Ceuta).
- Excmo. Sr. D. Mohamed Mohamed Mohand. Consejero de Bienestar Social y Salud Pública. (Melilla).
- Subsecretario del Ministerio de Sanidad.
- Secretario General de Sanidad y Consumo.
- Director General de Ordenación Profesional.
- Directora General de Cartera Básica del SNS y Farmacia.
- Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).
- Directora General de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).



REUNIONES BILATERALES SANIDAD-AGRICULTURA

Han tenido lugar varias reuniones bilaterales entre los Ministros de Sanidad y de Agricultura, Pesca y Alimentación, y los representantes de las comunidades autónomas.

ORDEN DEL DÍA (común a todas las reuniones)

Análisis y valoración de la situación del personal dedicado a las tareas de recolección hortofrutícola de temporada ante la epidemia causada por el coronavirus (COVID-19).

PARTICIPANTES

	SANIDAD	AGRICULTURA
Adm. Gral. del Estado	D. Salvador Illa Roca	Sr. D. Luis Planas Puchades Sr. D. Valentín Almansa Lara
País Vasco	Excma. Sra. D^a Miren Nekane Eizagaecheverría	Excma. Sra. D^a M^a Aránzazu Tapia Otaegui Sr. D. Víctor Oroz
Cataluña	Hble. Sra. D^a Alba Vergés i Bosch Sra. D ^a Laura Pelay Dr. Marc Ramentol Dr. Xavier Llebaria	Hble. Sra. D^a Teresa Jordá i Roura Sr. D. Carmel Mòdol Sra. D ^a Elisenda Guillaumes
Andalucía	Ilmo. Sr. D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz Sr. D. José M ^a Torres Medina	Ilma. Sra. D^a Carmen Crespo Díaz Sr. D. Vicente Pérez García de Prado
La Rioja	Excma. Sra. D^a. Sara Alba Corral <i>Sr. D. Jorge Mínguez Arias</i> Sr. D. Pello Latasa Zamalloa	Excma. Sra. D^a. Eva Hita Lorite Sra. D ^a . Nuria Bazo Las Heras
Murcia	Ilmo. Sr. D. Manuel Villegas García. Sr. D. José Carlos Vicente López	Ilmo. Sr. D. Antonio Luengo Zapata Sr. D. Francisco José Espejo Sr. D. José Gómez Ortega Sr. D. Francisco González Zapater
C. Valenciana	Hble. Sra. D^a. Ana Barceló Chico Sr. D ^a . Inmaculada Clemente Sra. D ^a . Isaura Navarro Casillas	Hble. Sra. D^a. Mireia Mollá Herrero Sr. D. Roger Llanes Ribas



	Sr. D ^a . Ofelia Gimeno Forner Sr. D. Valentín Esteban Buedo	
Aragón	Excma. Sra. D^a. Sira Ripollés Lasheras Sr. D. Alberto Alcolea Soriano Sr. D. Francisco Javier Falo Forniés	Excmo. Sr. D. Joaquín Olona Blasco
Castilla-La Mancha	Excmo. Sr. D. Jesús Fernández Sanz. Sra. D ^a . Maite Marín Sr. D. Juan José Camacho Parejo	Excmo. Sr. D. Francisco Martínez Arroyo Sr. D. Agapito Portillo Sánchez Sra. D ^a . Cruz Ponce Isla
Navarra	Excma. Sra. D^a. María Santos Indurain Orduna Sr. D. Carlos Miguel Artundo Purroy	Excma. Sra. D^a. Itziar Gómez López Sr. D. Ignacio Gil Jordán
Extremadura	Excmo. Sr. D. José M^a Vergeles Blanca Sr. D. Santiago Malpica Castañón Sra. D ^a Pilar Guijarro Gonzalo <i>Sr. D. Santiago Malpica Castañón</i>	Excma. Sra. D^a. Begoña García Bernal Sra. D ^a María Curiel Muñoz
Castilla y León	Excma. Sra. D^a. Verónica Casado Vicente Sra. D ^a . Carmen Pacheco Martínez	Excmo. Sr. D. Jesús Julio Carnero García Sr. D. Eduardo Cabanillas Muñoz-Reja Sr. D. Juan Pedro Medina Rebollo Sr. D. Agustín Álvarez Nogal

Otros participantes:

- Secretario General de Sanidad y Consumo
- Subsecretario del Ministerio de Sanidad
- Directora General de Cartera Básica del SNS y Farmacia
- Director General de Ordenación Profesional
- Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación
- Directora General de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)
- Subdirectora General de Cooperación Autonómica



- Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)
- Secretaría del CISNS

REUNIONES

15 de julio de 2020

24 de julio de 2020

3 de agosto de 2020

17 de agosto de 2020

24 de agosto de 2020

31 de agosto de 2020

7 de septiembre de 2020

14 de septiembre de 2020

21 de septiembre de 2020

28 de septiembre de 2020

8 de octubre de 2020

19 de octubre de 2020

26 de octubre de 2020

24 de noviembre de 2020



REUNIÓN BILATERAL SANIDAD-CULTURA

Se ha mantenido una reunión bilateral con la participación de los Ministros de Sanidad y de Cultura y Deporte, así como de los representantes de las Comunidades autónomas.

ORDEN DEL DÍA

Análisis de los requisitos sanitarios en los eventos culturales en el contexto de la crisis sanitaria de la COVID-19.

PARTICIPANTES

	SANIDAD	CULTURA
Adm. Gral. del Estado	Sr. D. Salvador Illa Roca	Sr. D. José Manuel Rodríguez Uribes
País Vasco	Excma. Sra. D^a Miren Gotzone Sagardui Goikoetxea	Sra. D^a. Aitziber Atorrasagasti Calcedo
Cataluña	Hble. Sra. D^a Alba Vergés i Bosch	Hble. Sra. D^a Àngels Ponsa i Roca
Galicia	Excmo. Sr. D. Julio García Comesaña	Excmo. Sr. D. Román Rodríguez González Sr. D. Manuel Vila. Sr. D. Anxo M. Lorenzo Suárez
Andalucía	Ilmo. Sr. D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz	Excma. Sra. D^a Patricia del Pozo García
Asturias	Ilmo. Sr. D. Pablo Ignacio Fernández Muñiz	Ilma. Sra. D^a Berta Piñán Suárez
Cantabria	Excmo. Sr. D. Miguel Javier Rodríguez Gómez	Excmo. Sr. D. Pablo Zuloaga Martínez
La Rioja	Sra. D^a. Pilar Sáenz Ortiz	Sr. D. Gabriel Santos Ruiz
Murcia	Ilmo. Sr. D. Manuel Villegas García	Excma. Sra. D^a Esperanza Moreno Reventós
C. Valenciana	Sra. D^a. Isaura Navarro	Sra. D^a. Raquel Tamarit Irazo
Aragón	Sr. D. Jordi Jiménez Molino	Excmo. Sr. D. Felipe Faci Lázaro Sr. D. Víctor Lucea
Castilla-La Mancha	Sr. D. Juan José Camacho	Sra. Dña. Ana Vanesa Muñoz Muñoz
Canarias	Excmo. Sr. D. Blas Trujillo Oramas	Ilmo. Sr. D. Juan Márquez Fandiño



Navarra	Sra. Dña. M ^a Ángeles Nuin Villanueva	Excma. Sra. D^a Rebeca Esnaola Bermejo
Extremadura	Sr. D. Ceciliano Franco Rubio	Excma. Sra. D ^a Nuria Flores Redondo
Baleares	Hble. Sra. D^a. Patricia Gómez i Picart	Hble. Sra. D^a. Pilar Costa i Serra Sra. Dña. Catalina Solivellas Rotger
Madrid	Sr. D. Juan González Armengol	Sr. D. Carlos Daniel Martínez Rodríguez
Castilla y León	Sra. D ^a . Carmen Pacheco Martínez	Excmo. Sr. D. Javier Ortega Álvarez
Ceuta	Excmo. Sr. D. Francisco Javier Guerrero Gallego	Excmo. Sr. D. Carlos Rontomé Romero
Melilla	Excmo. Sr. D. Mohamed Mohamed Mohand	Excma. Sra. D ^a . Elena Fernández Treviño

Otros participantes:

- Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación
- Ministerio Política Territorial y Función Pública
- Federación Española de Municipios y Provincias
- Ministerio de Cultura y Deporte
- Secretaría de Estado de Sanidad
- Subsecretaría del Ministerio de Sanidad
- Dirección General de Cartera Básica del SNS y Farmacia
- Dirección General de Ordenación Profesional
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación
- Dirección General de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)
- Gabinete del Ministro de Sanidad
- Subdirección General de Cohesión y Alta Inspección del SNS
- Secretaría del CISNS

REUNIONES

16 de octubre de 2020



REUNIÓN BILATERAL SANIDAD-TURISMO

PARTICIPANTES

- Sr. D. Salvador Illa Roca. Ministro de Sanidad.
- Sra. D^a. Silvia Calzón Fernández. Secretaria de Estado de Sanidad.
- Hble. Sra. D^a Alba Vergés i Bosch. Consejera de Salud. (Cataluña).
- Hble. Sra. Àngels Chacón. Consejera de Empresa y Conocimiento. (Cataluña).
- Hble. Sra. D^a. Ana Barceló Chico. Consejera de Sanidad Universal y Salud Pública. (Comunidad Valenciana).
- Excmo. Sr. D. Julio Pérez Hernández. Consejero de Salud. (Canarias).
- Hble. Sra. D^a. Patricia Juana Gómez i Picard. Consejera de Salud y Consumo. (Islas Baleares).
- Excmo. Sr. D. Enrique Ruiz Escudero. Consejero de Sanidad. (Comunidad de Madrid).
- Directora General de Protección Civil del Departamento de Interior. (Cataluña).
- Director General del Servicio de Salud. (Islas Baleares).
- Subdirector General de Sanidad Exterior. (Ministerio de Sanidad).
- Director General de Salud Pública. (Ministerio de Sanidad).
- Director General de Ordenación Profesional. (Ministerio de Sanidad).
- Director General de Cartera Básica del SNS y Farmacia. (Ministerio de Sanidad).

ORDEN DEL DÍA

Medidas a adoptar en el ámbito del turismo en la fase de transición a la nueva normalidad.

REUNIONES

12 de junio de 2020



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MEMORIA 2020 (CISNS)

COMITÉ CONSULTIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



COMITÉ CONSULTIVO

REGULACIÓN: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS (Art. 67).

CONSTITUCIÓN: 17 de febrero de 2004.

PRESIDENTE: Secretaria de Estado de Sanidad.

COMPOSICIÓN

El Comité Consultivo está integrado por 32 miembros, distribuidos de la siguiente manera:

- Seis representantes de la Administración General del Estado.
- Seis representantes por parte de las comunidades / ciudades autónomas.
- Cuatro representantes de la Administración Local.
- Ocho representantes de organizaciones empresariales.
- Ocho representantes organizaciones sindicales.

ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

- Secretario General de Sanidad y Consumo (Presidente).
- Subdirector General de Recursos Humanos, Alta Inspección y Cohesión (Secretario).
- Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- Directora General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.
- Director General de Ordenación Profesional.
- Secretario General Técnico.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

- Aragón.
- Castilla-La Mancha.
- Canarias.
- Navarra.
- Extremadura.
- Islas Baleares.

ADMINISTRACIÓN LOCAL

- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).



ORGANIZACIONES EMPRESARIALES

- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE).
- Confederación Española de Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME).

ORGANIZACIONES SINDICALES

- Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CC.OO.).
- Unión General de Trabajadores (UGT).
- Confederación Intersindical gallega (CIG).
- Euskal Langileen Alkartasuna (ELA-STV).



COMITÉ CONSULTIVO DEL SNS (13/02/20)

PARTICIPANTES

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	
- Andalucía - Asturias - Cantabria - La Rioja - Murcia - C. Valenciana	- José María de Torres Medina / San González Pérez - Lidia Clara Rodríguez García - Sara Negueruela García - Bernabé Palacín Sáenz - Andrés Torrente Martínez - Ramón Limón Ramírez
ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO	
- Secretaría General de Sanidad y Consumo - Centro de Alertas y Emergencias Sanitarias - D. G. de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) - Dirección General de Ordenación Profesional	- Faustino Blanco González (Presidente) - Fernando Simón Soria - Dolores Fraguas Fuentes - Antonio López Navas - Rodrigo Gutiérrez Fernández / Ángel Luis Guirao García (Secretario) / Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar / Juan Julián García Gómez / Ana Quiralte Paredes
ADMINISTRACIÓN LOCAL	
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)	- Carlos Daniel Casares / Luis Enrique Mecati / Gema Rodríguez / M ^a Eugenia Simarro
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES	
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE). - Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa	- Emili Esteve Sala (Vicepresidente) / Carlos Magdaleno Fernández / Jesús Gómez Montoya / Carlos Gallinal Sánchez / Alfonso de la Lama-Noriega / Francisco Javier Rodríguez Mercadillo/ Arancha Gómez Pérez/ Pedro Pablo Sanz Casado / María Aláez - Teresa Díaz de Terán López



ORGANIZACIONES SINDICALES

- Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CC.OO.).	- Pedro J. Linares / Irene Álvarez / Agustín Reoyo
- Unión General de Trabajadores (UGT).	- Gracia Álvarez Andrés / Josefa Ávalos / Miguel Ángel Zamarrón
- Confederación Intersindical Gallega (CIG).	- Víctor Vila López
- Confederación Sindical Euskal Langileen Alkartasuna (ELA/STV).	- Pello Igeregui Santamaría

ORDEN DEL DÍA

Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el Virus 2019-NCov (Virus de Wuhan).



COMITÉ CONSULTIVO DEL SNS (09/03/20)

PARTICIPANTES

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	
- Andalucía - Asturias - Cantabria - La Rioja - Murcia - C. Valenciana	- Félix Gracia Romero - María Teresa Marín Rubio - Octavio Luis Jiménez Ramos - Carlos Artundo Purroy - Julio Vázquez Mateos - Guadalupe Pulido Román
ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO	
- Secretaría General de Sanidad y Consumo - D.G. Agencia del Medicamento (AEMPS) - D.G. de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias - D. G. del Salud Pública, Calidad e Innovación - D. G. de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia - Dirección General de Ordenación Profesional	- Faustino Blanco González (Presidente) - M ^a Jesús Lamas - Vicente Caballero Pajares - Pilar Aparicio Azcárraga - Patricia Lacruz Gimeno - Rodrigo Gutiérrez Fernández / Ángel Luis Guirao García (Secretario)
ADMINISTRACIÓN LOCAL	
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)	- Luis Enrique Mecati / Gema Rodríguez/ Eli Fernández
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES	
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE). - Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa	- Margarita Alfonso / Alfonso de la Lama / Emili Esteve / Carlos Gallinal / Fco. Javier Rodríguez / Rosa Santos/ Pedro Pablo Sanz / Carlos Magdaleno / Jesús Gómez/ - Teresa Díaz de Terán López



ORGANIZACIONES SINDICALES

- Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CC.OO.).	- Pedro Linares / Antonio Cabrera/ Agustín Reoyo
- Unión General de Trabajadores (UGT).	- Josefa Ávalos/ Gracia Álvarez / Miguel Ángel Zamarrón
- Confederación Intersindical Gallega (CIG).	- Víctor Vila López
- Confederación Sindical Euskal Langileen Alkartasuna (ELA/STV).	- Pello Igeregi Santamaría

ORDEN DEL DÍA

Análisis y valoración de la situación actual de la epidemia causada por el coronavirus (Covid-19).



ANEXOS

ACUERDOS CISNS

ANEXO I

DISTRIBUCIÓN DE FONDOS DE LA TRANSFERENCIA DE CRÉDITO EN EL CAPITULO IV Y VII DEL DEPARTAMENTO, PARA ATENDER NECESIDADES DERIVADAS DE LA EMERGENCIA INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA EN RELACIÓN AL COVID-19 EN ESPAÑA

1. Modificación que se propone:

Se propone la tramitación de una transferencia de crédito en el Capítulo IV, por importe de 300.000.000,00 €.

2. Justificación de la propuesta

La emergencia sanitaria que afronta España como consecuencia del COVID-19 ha determinado la necesidad de modificar el vigente presupuesto del Ministerio de Sanidad con el fin de dotar al Sistema Nacional de Salud de recursos suficientes para combatir esta pandemia.

Para ello, el Consejo de Ministros aprobó el “Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19” que establece en su artículo 12 medidas dirigidas a reforzar el Sistema Nacional de Salud en el territorio nacional, y el “Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19”, en el que según su artículo 1 se autoriza la aplicación del Fondo de Contingencia y la concesión de un crédito extraordinario por un importe total de 1.000 millones de euros en el Ministerio de Sanidad, aplicación presupuestaria 26.09.313A.228 «Gastos originados en el Sistema Nacional de Salud derivados de la emergencia de salud pública en relación con el Covid-19 en España», para contribuir a la financiación de los citados gastos extraordinarios.

Los fondos de las CCAA serán destinados a las siguientes áreas de necesidad prioritarias a abordar:

A) En las estructuras de salud pública y asistencial de SNS:

- Nuevas contrataciones de profesionales sanitarios y no sanitarios para hacer frente a bajas de profesionales en activo y para reforzar el control y la vigilancia epidemiológica, la atención domiciliaria según necesidades sanitarias, desde los equipos de atención primaria u otros dispositivos como equipos de las unidades de hospitalización a domicilio, y la atención hospitalaria, garantizando la prestación de los servicios de la cartera del SNS.
- Sustituciones de profesionales sanitarios y no sanitarios ante bajas laborales.
- Retribución de las guardias por el incremento de servicios.
- Adecuación de las áreas hospitalarias para la atención a pacientes críticos que puedan superar la capacidad instalada en las Unidades de Cuidados Intensivos de los centros hospitalarios



del SNS. En la medida que se precise la adecuación de otras estructuras sanitarias como Centros de Salud o Consultorios.

- Aumento/adecuación de la capacidad diagnóstica para garantizar un acceso rápido al RT-PCR de SARS-Cov-2 y otras técnicas diagnósticas.
- Adquisición de productos sanitarios y material necesario para prestar una adecuada asistencia sanitaria a los pacientes, así como para proteger a los profesionales que los atienden.
- Inversiones en nuevos equipos de electromedicina, como por ejemplo respiradores para ventilación mecánica y equipos de diagnóstico.
- Ampliaciones de contratos de transporte sanitario y no sanitario, 112, limpieza, lavandería, etc.
- Inversiones en sistemas de información u otras alternativas en el campo de la telemedicina que permitan acercar la asistencia al paciente como pueden ser consultas no presenciales o su monitorización.
- Otros derivados de la emergencia de salud pública en relación con el Covid-19 en España.

B) En los órganos centrales de los órganos competentes en salud de las Comunidades Autónomas:

- Nuevas contrataciones de profesionales para hacer frente a bajas de profesionales en activo y para reforzar áreas esenciales.
- Retribución de las guardias o abono de productividad o de la gratificación extraordinaria por el incremento de servicios
- Adquisición de productos sanitarios y material necesario para la adecuada prestación de sus funciones.
- Ampliación de la capacidad de conectividad para la comunicación externa y tener acceso distancia a aplicativos y recursos documentales corporativos.
- Adquisición de equipamiento informático, teléfonos, token y equipos de videoconferencia para potenciar el teletrabajo y mantener al máximo el servicio
- Otros derivados de la emergencia de salud pública en relación con el Covid-19 en España.

3. Distribución del crédito

Los criterios que se han seguido para la distribución del crédito son los siguientes:

- **Población protegida** equivalente del Sistema Nacional de Salud, por Comunidad Autónoma y Ciudades con Estatuto de Autonomía, correspondiente al año 2020, basada en los datos de población protegida por el Sistema Nacional de Salud, tal y como consta en el certificado emitido por la Directora General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia (actual Directora General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia) el pasado 13 de febrero de 2020 a los efectos de lo previsto en el Artículo 9.b de la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, que establece el Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Este criterio se ponderó con un 80% de peso.



- **Número de casos de coronavirus** acumulados por Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, obtenida de la información publicada por el Ministerio de Sanidad a 24 de marzo de 2020, con una ponderación del 15%.

- **Número de ingresos en UCI**, con un peso del 5%, habiendo obtenido estos datos también de la información publicada por el Ministerio de Sanidad a 24 de marzo de 2020.

Con estas consideraciones, la propuesta de distribución de los 300.000.000 de euros a las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, serían las siguientes:

Criterios de distribución							
	Población protegida equivalente		Casos		Ingresos UCI		
Andalucía	8.362.612	17,0%	3.010	6,3%	116	3,7%	
Aragón	1.474.000	3,0%	907	1,9%	75	2,4%	
Asturias (Principado de)	1.237.596	2,5%	779	1,6%	29	0,9%	
Balears (Illes)	1.135.571	2,3%	562	1,2%	40	1,3%	
Canarias	2.078.974	4,2%	657	1,4%	43	1,4%	
Cantabria	647.110	1,3%	510	1,1%	18	0,6%	
Castilla y León	2.804.049	5,7%	2.940	6,2%	170	5,4%	
Castilla-La Mancha	2.097.408	4,3%	2.780	5,8%	210	6,6%	
Cataluña	7.838.105	15,9%	9.937	20,9%	781	24,7%	
Comunitat Valenciana	5.103.998	10,4%	2.616	5,5%	198	6,3%	
Extremadura	1.154.189	2,3%	742	1,6%	28	0,9%	
Galicia	3.157.930	6,4%	1.653	3,5%	69	2,2%	
Madrid (Comunidad de)	6.869.715	14,0%	14.597	30,7%	1.150	36,3%	
Murcia (Región de)	1.463.664	3,0%	477	1,0%	33	1,0%	
Navarra (Comunidad Foral de)	698.514	1,4%	1.197	2,5%	51	1,6%	
País Vasco	2.540.405	5,2%	3.271	6,9%	119	3,8%	
Rioja (La)	348.562	0,7%	928	1,9%	33	1,0%	
Ceuta	69.349	0,1%	9	0,0%	1	0,0%	
Melilla	65.775	0,1%	38	0,1%	2	0,1%	
TOTAL NACIONAL	49.147.526	100,0%	47.610	100,0%	3.166	100,0%	



Importe fondo contingencia: 300.000.000

Reparto del fondo de contingencia, según criterio (en euros)

	TOTAL	Población protegida	equivalente	Casos	Ingresos UCI
Peso del criterio:		80%		15%	5%
Andalucía	44.231.363	40.836.784		2.844.991	549.589
Aragón	8.410.537	7.197.921		857.278	355.338
Asturias (Principado de)	6.917.192	6.043.499		736.295	137.397
Balears (Illes)	6.265.990	5.545.285		531.191	189.514
Canarias	10.976.874	10.152.164		620.983	203.727
Cantabria	3.727.327	3.160.004		482.042	85.281
Castilla y León	17.277.153	13.692.892		2.778.828	805.433
Castilla-La Mancha	13.864.728	10.242.182		2.627.599	994.946
Cataluña	51.367.983	38.275.481		9.392.250	3.700.253
Comunitat Valenciana	28.334.816	24.924.134		2.472.590	938.092
Extremadura	6.470.184	5.636.202		701.323	132.660
Galicia	17.310.277	15.420.984		1.562.382	326.911
Madrid (Comunidad de)	52.791.886	33.546.584		13.796.786	5.448.515
Murcia (Región de)	7.754.647	7.147.447		450.851	156.349
Navarra (Comunidad Foral de)	4.784.033	3.411.023		1.131.380	241.630
País Vasco	16.060.936	12.405.450		3.091.682	563.803
La Rioja	2.735.593	1.702.118		877.127	156.349
Ceuta	351.893	338.649		8.507	4.738
Melilla	366.589	321.196		35.917	9.476
TOTAL NACIONAL	300.000.000				

4. Normativa legal

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19.

Ley 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública y en la Orden comunicada, de 5 de marzo de 2020, del Ministro de Sanidad por la que se declara el suministro centralizado de productos para atender la situación de emergencia de salud pública derivada del COVID-19.



ANEXO II

CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD, EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y EL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO NACIONAL EPIDEMIOLÓGICO (ENE) DE LA INFECCIÓN POR SARS-Cov2 EN ESPAÑA.

En Madrid, en la fecha de la última firma.

REUNIDOS

De una parte, D. Salvador Illa Roca, Ministro de Sanidad, nombrado por Real Decreto 8/2020, de 12 de enero, (BOE nº 11 de 13 de enero) en nombre y representación del Ministerio de Sanidad, en ejercicio de las competencias que le atribuye la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

De otra parte D. Juan Manuel Rodríguez Poo, Presidente del Instituto Nacional de Estadística, nombrado mediante Real Decreto 1325/2018, de 22 de octubre, en nombre y representación del citado organismo en virtud de las atribuciones que le confiere el artículo 5.2 del Estatuto del Instituto Nacional de Estadística, aprobado por Real Decreto 508/2001, de 11 de mayo.

Y de otra parte, D^a. Raquel Yotti Álvarez, como Directora del Instituto de Salud Carlos III, O.A., M.P., CIF: Q-2827015-E, organismo público de investigación, adscrito al Ministerio de Ciencia e Innovación, nombrada por Real Decreto 2019/2018, de 3 de agosto (BOE nº 188, de 4 de agosto), actuando en nombre y representación del mencionado Instituto, con domicilio en la calle Sinesio Delgado, nº 6, de Madrid y en ejercicio de las competencias atribuidas por el artículo 11 del Real Decreto 375/2001, de 6 de abril, por el que se aprueba su Estatuto.

Las partes se reconocen mutuamente la capacidad legal y legitimación con que intervienen para la formalización del presente Convenio y, a tal efecto,

EXPONEN

I.- Que según establece el Real Decreto 2/2020, de 12 de enero, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales, corresponde al Ministerio de Sanidad la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. Igualmente, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, corresponde a la persona titular del Ministerio de Sanidad la presidencia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

II.- Que el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE) es un organismo autónomo dependiente del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, que tiene asignada, entre sus funciones, la elaboración de las operaciones estadísticas para fines estatales que le encomienda el Plan Estadístico Nacional vigente en cada momento.



III.- Que el Instituto de Salud Carlos III, organismo público de investigación, adscrito orgánicamente al Ministerio de Ciencia e Innovación, tiene una doble dependencia funcional de los Ministerios de Sanidad y del Ministerio de Ciencia e Innovación, en la esfera de sus respectivas competencias.

En particular, el Instituto de Salud Carlos III (en adelante ISCIII) depende funcionalmente del Ministerio de Sanidad para la realización de aquellas actividades que desarrolle en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria.

IV.- Que el ISCIII, a través del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) asume desde 1988 la Vigilancia Epidemiológica Nacional (RD 10/1988 de 8 de enero), y desde 1995 la responsabilidad en la gestión de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), por RD 2210/1995. El ISCIII trabaja al servicio de la Salud Pública contribuyendo al control de enfermedades y riesgos en colaboración con las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad.

V.- Que en enero de 2020 se identificó un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, actualmente denominado como SARS-CoV-2, como causante de un brote que posteriormente se ha declarado como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional por el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional en la que se han notificado decenas de miles de casos con una mortalidad asociada relevante. Teniendo en cuenta la experiencia adquirida en epidemias previas por virus pertenecientes a esta familia es crucial adquirir el máximo conocimiento posible del virus SARS-CoV-2 recientemente identificado, así como de las posibles medidas clínico-asistenciales y de salud pública para proteger la salud de las personas y contener la propagación de la enfermedad CoVid19.

VI.- Que el Ministerio de Sanidad y el ISCIII, son las instituciones de la Administración del Estado con funciones de vigilancia epidemiológica. Dentro de las medidas de estudio y control de la epidemia de COVID-19, tienen encomendada, dentro de sus respectivas competencias, la tarea de realizar una encuesta sero-epidemiológica de la infección por SARS-Cov2 en España con la finalidad de elaborar datos estadísticos con fines sanitarios y obtener la información necesaria para adoptar las medidas de control en el ámbito sanitario en relación con la epidemia de COVID-19.

La finalidad del presente convenio es conocer las verdaderas dimensiones de la epidemia de COVID-19 en España y cuál es el estado inmunológico en relación con SARS-Cov2 de la población española, así como monitorizar de forma dinámica la evolución de la infección entre la población; esta información es imprescindible para orientar las medidas de salud pública futuras relacionadas con el control de COVID-19. La disponibilidad de información local sobre extensión de la epidemia será una de las bases que permitirán adecuar el levantamiento –o no- de las medidas adoptadas por el Gobierno, y ratificadas en el Congreso de los Diputados, en la fase actual de la pandemia en España.

VII.- Que el INE forma parte del equipo de trabajo del proyecto, como un organismo imprescindible para garantizar el estudio de una muestra representativa y no sesgada de la población española, como medio para lograr una adecuada imagen de la realidad.

VIII.- Que, teniendo en cuenta el art.151 de la ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público, entre las funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recogidas en el artículo 71 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se encuentra la adopción de acuerdos entre las distintas Administraciones



sanitarias para conseguir objetivos de común interés de todos los servicios de salud. En este sentido, en la reunión del Consejo Interterritorial celebrada el día 21 de abril de 2020, según consta en el certificado expedido por su Secretario, con el Visto Bueno de su Presidente, que se anexa a este convenio, se acordó que todas las Comunidades Autónomas prestarán su colaboración y apoyo imprescindible en la ejecución del presente Convenio y en la realización del Estudio Nacional Epidemiológico de la infección por SARS-CoV2 en España, en los términos del documento anexo a este convenio.

IX.- Que la firma del presente convenio, y la ejecución de los objetivos y actividades previstas en el mismo, no obsta la posible existencia de presentes o futuras relaciones jurídicas entre el INE y las diferentes Comunidades Autónomas en relación con los datos del INE objeto de este convenio.

X.- Que el artículo 39 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19, establece un régimen especial para la tramitación, suscripción y entrada en vigor de los convenios relacionados con el COVID-19, régimen especial al que se adhiere el presente convenio.

De acuerdo con lo anterior, se acuerda suscribir el presente convenio que se registrará por las siguientes:

CLÁUSULAS

Primera. - Objeto del Convenio.

El objeto del presente Convenio es establecer la colaboración entre el Ministerio de Sanidad, el INE y el ISCIII, para la realización y estudio de la encuesta sero-epidemiológica de la infección por SARS-CoV2 en España, contando con el apoyo imprescindible de los órganos competentes de las Comunidades Autónomas según el acuerdo adoptado por el Consejo Interterritorial del SNS citado en el expositivo VIII.

La realización del objeto del convenio no supone contraprestaciones económicas entre las partes.

Segunda. - Actuaciones del Ministerio de Sanidad

El Ministerio de Sanidad en estrecha colaboración con las Comunidades Autónomas será el responsable último de la organización logística y del trabajo de campo dirigido a la obtención de la información de los cuestionarios, de las muestras biológicas del estudio, así como del registro de los resultados de los test serológicos rápidos.

El Ministerio de Sanidad será el responsable de desarrollar, mantener, actualizar y gestionar la aplicación informática del “Estudio Nacional Epidemiológico (ENE) de la infección por SARSCov2 en España.”. Las CC AA colaborarán, sin desagregar datos fuera de la Aplicación, en la organización y ejecución del Estudio en su ámbito territorial.

El Ministerio de Sanidad, será el corresponsable, junto con el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) del tratamiento de los datos del ENE COVID -19.



Tercera. - Actuaciones del ISCIII.

El ISCIII coordinará el estudio. A través del CNE, diseñará el estudio, elaborará los cuestionarios, diseñará la muestra, apoyará la organización del trabajo de campo y será el interlocutor con el INE.

Asimismo, a través del Centro Nacional de Microbiología (CNM), será responsable de los análisis microbiológicos de laboratorio salvo de aquellos realizados con técnicas rápidas de diagnóstico en los domicilios de los encuestados, y custodiará las muestras biológicas obtenidas en el estudio y custodiará las muestras biológicas obtenidas en el estudio.

A través de la Escuela Nacional de Sanidad, participará en las labores de diseño de protocolos clínicos y formación, coordinará el plan de formación para dar soporte en la preparación técnica y cultural de los usuarios: formaciones de arranque, continuas, puntuales y de soporte, elaboración de materiales y contenidos, guías de consulta, guías rápidas, manuales para usuarios, etc.

El ISCIII será el corresponsable, junto con el Ministerio de Sanidad del tratamiento Estudio Seroepidemiológico COVID -19. Por tanto, la responsabilidad del tratamiento de los datos personales será compartida por el Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III.

Esto implica el desarrollo de las siguientes funciones:

1º. Gestión de los ficheros de datos enviados desde el Ministerio de Sanidad.

- Recepción de ficheros enviados.
- Valoración de los ficheros desde el punto de vista de integridad y formato.
- Valoración del contenido de los ficheros revisando: el orden y la presencia o ausencia de las variables necesarias, los valores admitidos y no admitidos en cada una de las variables, y posibles inconsistencias en el contenido de cada caso.
- Valoración de casos duplicados.
- Evaluación de la calidad de los datos.

2º. Gestión de los usuarios, perfiles, roles y privilegios de acceso.

3º. Explotación de los datos

- Definición del formato de informe
- Procesamiento y análisis estadístico y epidemiológico de los datos
- Desarrollo del formato y su estandarización
- Elaboración de informes.

Cuarta. - Actuaciones del INE.

Proporcionará apoyo metodológico y realizará la selección aleatoria de hogares de acuerdo con el diseño de muestra.

Aportará la información correspondiente sobre las personas seleccionadas como posibles participantes en el estudio, incluyendo datos identificativos, sociodemográficos y de localización, así como números telefónicos asociados, necesaria para el reclutamiento de los participantes del



estudio. Para ello, solicitará de los organismos correspondientes la información necesaria para construir la selección prevista, al amparo de lo previsto en el artículo 155 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y el artículo 6.1 e) del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) (en adelante, RGPD).

En una segunda fase, proporcionará la información complementaria de estas personas con objeto de permitir un análisis más profundo de los factores asociados a la distribución de la infección.

Como en el caso anterior, se solicitará a los organismos correspondientes la información necesaria o se solicitará autorización sobre la utilización de la ya disponible con la finalidad del estudio serioepidemiológico, al amparo de la normativa mencionada en el párrafo anterior.

Para la transmisión de los datos se utilizarán los protocolos habituales de actuación empleados por el INE en sus relaciones con otras Administraciones, al objeto de garantizar la confidencialidad y seguridad de los datos personales.

Quinta. - Mecanismo de seguimiento

El seguimiento, vigilancia y control de la ejecución del presente convenio, será competencia de:

Por parte del Ministerio de Sanidad, el Ministro de Sanidad o persona en quien delegue.

Por parte del ICSIII, la Directora del ISCIII, o persona en quien delegue.

Por parte del INE, el Presidente del INE, o persona en quien delegue.

Serán los encargados de velar por la consecución de los objetivos del presente convenio, de proponer cuantas medidas se estimen necesarias para garantizar la viabilidad y la calidad de las actuaciones y servicios, de efectuar el seguimiento y evaluación y de resolver en primer término las posibles controversias o problemas de interpretación y cumplimiento del convenio.

Sexta. - Confidencialidad.

Las partes asumen, en la realización de las actividades objeto del Convenio, la obligación de confidencialidad respecto de toda la información de la contraparte a que hayan tenido acceso en virtud de su ejecución y que sea considerada como confidencial por ésta. La obligación de confidencialidad impuesta permanecerá indefinidamente.

Séptima. - Régimen de protección de datos

Los datos personales a tratar en el estudio objeto del presente convenio son los siguientes: nombre y apellidos, DNI, fecha de nacimiento, sexo, nacionalidad, teléfono, datos económicos, académicos y sociales. Los datos proceden de los que el INE obtendrá a estos efectos de otros organismos, de los que constan en el Padrón Municipal de Habitantes que coordina este organismo, de los propios



participantes en el estudio a través de la entrevista en el domicilio y de los test, análisis y seguimiento longitudinal de su evolución de salud.

En relación con el tratamiento de los datos de carácter personal, las entidades firmantes en el desarrollo de las correspondientes actividades derivadas del presente convenio, atenderán las disposiciones de obligado cumplimiento establecidas en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, así como en el RGPD.

De conformidad con el artículo 26 del RGPD, el Ministerio de Sanidad y el ISCIII serán los corresponsables del tratamiento de los datos objeto del estudio, por lo que compartirán toda la información de que dispongan relacionada con el mismo.

De conformidad con los principios de limitación de la finalidad y de minimización contenidos en el artículo 5 RGPD, el Ministerio de Sanidad y el ISCIII se comprometen, a la finalización de la operación, a eliminar o anonimizar aquellos datos personales que no sean estrictamente necesarios para ello. En especial, se eliminarán los números de teléfono recabados por el INE de otras Administraciones. La operación se mantendrá vigente mientras sea necesario el mantenimiento y conservación de los datos personales para la consecución de los objetivos de investigación, y ejecución de la misión realizada en interés público en el ámbito de la salud pública que persigue el ENE, objeto del presente convenio.

Octava. - Régimen de modificación del Convenio

La modificación del Convenio requerirá acuerdo unánime de los firmantes.

Novena. - Vigencia

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 39.2 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19, el presente convenio se perfecciona y resulta eficaz por la prestación del consentimiento de las partes, sin perjuicio de su posterior inscripción en el Registro Electrónico estatal de Órganos e Instrumentos de Cooperación del sector público estatal y su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto, su entrada en vigor será la de la fecha de la última firma electrónica, y mantendrá su vigencia por un periodo de cuatro años. En cualquier momento antes de la finalización del periodo previsto, las partes podrán acordar unánimemente su prórroga por un periodo de cuatro años adicionales, o su extinción, a petición de cualquiera de los firmantes.

Décima. - Naturaleza Jurídica

El presente Convenio es de naturaleza administrativa siendo de los regulados en el artículo 39 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19.



Décimo primera. - Discrepancias y jurisdicción aplicable

Cualquier discrepancia que pudiera suscitarse entre las partes con motivo de la interpretación y aplicación del presente Convenio serán resueltas de común acuerdo entre ellas en el seno del mecanismo de seguimiento, previsto en la cláusula quinta. De no existir acuerdo, en el plazo máximo de treinta días, las partes, con renuncia expresa a cualquier otro fuero que en derecho les pudiera corresponder, se someten expresamente a la competencia de los juzgados y tribunales del orden jurisdiccional de lo contencioso administrativo de la ciudad de Madrid.

Décimo segunda. - Causas de extinción y resolución

El Convenio se extinguirá por su cumplimiento, por mutuo acuerdo o por incurrir en causa de resolución.

Son causas de resolución:

- a) El transcurso del plazo de vigencia del Convenio sin haberse acordado la prórroga del mismo.
- b) El acuerdo unánime de todos los firmantes.
- c) El incumplimiento de las obligaciones y compromisos asumidos por parte de alguno de los firmantes.
- d) Por decisión judicial declaratoria de la nulidad del Convenio.
- e) Por cualquier otra causa distinta de las anteriores prevista en el Convenio o en otras leyes.

Décimo tercera. - Régimen de incumplimientos

Si alguna de las partes considera que ha existido incumplimiento de las obligaciones y compromisos asumidos de la contraparte, aquella podrá notificar a la parte incumplidora un requerimiento para que cumpla en el plazo de diez días contados a partir de la fecha de la comunicación, pudiendo subsanar el incumplimiento. Este requerimiento será comunicado al responsable del mecanismo de seguimiento, vigilancia y control de la ejecución del Convenio y a las demás partes firmantes.

Si transcurrido el plazo indicado en el requerimiento persistiera el incumplimiento, la parte que lo dirigió notificará a la otra parte firmante la concurrencia de la causa de resolución y se entenderá resuelto este Convenio.

Y en prueba de conformidad, las partes se ratifican y firman electrónicamente el presente documento, en Madrid y fecha señalada en las correspondientes firmas.

Por el Ministerio de Sanidad, D. Salvador Illa Roca.

Por el Instituto de Salud Carlos III, Dra. Dña. Raquel Yotti Álvarez.

Por el Instituto Nacional de Estadística, D. Juan Manuel Rodríguez Poo.



ANEXO III

PLAN DE RESPUESTA TEMPRANA EN UN ESCENARIO DE CONTROL DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Ministerio de Sanidad

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

El 31 de diciembre de 2019, China informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida. Posteriormente, el 7 de enero, las autoridades del país identificaron el agente causante de este brote, un nuevo tipo de coronavirus que fue denominado SARS-CoV-2. Desde ese momento, en España se pusieron en marcha las acciones de preparación y respuesta en un escenario de contención pandémica.

De esta forma, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote del nuevo coronavirus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 30 de enero de 2020, España ya cumplía con las todas recomendaciones que formuló esta organización.

Durante el mes de febrero y principios de marzo, ante la evolución de la situación epidemiológica en Europa, se reforzaron las medidas de prevención y control en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), para mejorar la sensibilidad en la detección de casos, insistir en la recomendación de no viajar a las zonas de riesgo o limitar la presencia de público en determinados eventos deportivos.

Debido al incremento del número de casos y a la situación de transmisión comunitaria confirmada en algunas zonas del país, el 10 de marzo, estas progresaron a un escenario de contención reforzada. El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró que la situación de emergencia ocasionada por el brote epidémico de COVID-19 constituía una pandemia.

Desde ese momento, la evolución de la situación requirió el establecimiento de medidas urgentes para hacer frente a la propagación de la pandemia y para reducir el impacto del COVID-19. Por esta razón, el 12 de marzo, coincidiendo con las recomendaciones del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), se acordó extender las medidas de distanciamiento físico al conjunto del país.

El 14 de marzo, el Gobierno aprobó el Real Decreto 463/2020, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19 con medidas para proteger la salud y seguridad de la ciudadanía, contener la propagación de la enfermedad y reforzar el Sistema Nacional de Salud.

Esta norma suponía la entrada en el escenario de mitigación pandémica e incluía medidas de limitación de la libertad de circulación y de reducción de riesgos en distintos ámbitos, como el educativo y de la formación, la actividad comercial, establecimientos y actividades culturales y recreativas, actividades de hostelería y restauración, o los lugares de culto y las ceremonias civiles y religiosas, entre otros.



Estas medidas de contención se han mostrado muy efectivas en el control de la epidemia, aunque también han tenido un gran impacto sobre la actividad económica global y a nivel social. La publicación de la Comunicación Hoja de ruta común europea para el levantamiento de las medidas de contención de la COVID-19[†], presentada el pasado 15 de abril de 2020 por la Presidenta de la Comisión Europea y el Presidente del Consejo Europeo, indujo a los Estados Miembros de la Unión Europea a planificar las distintas fases que permitieran reanudar las actividades económicas y sociales, minimizando cualquier repercusión sobre la salud de las personas y reduciendo el riesgo de sobrecargar los sistemas sanitarios.

En España, desde la adopción de las medidas de restricción, se empezó a trabajar en la planificación de la recuperación de la actividad económica y social a medida que se flexibilizaron las medidas de restricción. Así, mediante un acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de abril de 2020, se aprobó el Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad[‡], que planteó el levantamiento de las medidas de contención de modo gradual, asimétrico, coordinado con las comunidades autónomas y adaptable a los cambios de orientación necesarios en función de la evolución de los datos epidemiológicos y del impacto de las medidas adoptadas.

El día 21 de junio finalizó el proceso de desescalada y la vigencia del estado de alarma, entrando el país en la etapa de nueva normalidad y, con ella, en un escenario de control de la pandemia.

Este escenario de control requería adoptar una serie de medidas para seguir haciendo frente a la pandemia y evitar un nuevo incremento de casos. Con este objetivo se aprobó el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio[§], de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19, donde se establecen las medidas generales de prevención y control que se deben mantener durante esta nueva normalidad.

1.2 Características de la enfermedad

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARSCoV-2. De acuerdo con los datos disponibles en estos momentos, en el 80% de los casos identificados se presenta de forma leve o moderada, el 15% precisa ingreso hospitalario y el 5% cuidados intensivos, según patrón observado repetidamente en diversos países.

Los síntomas más frecuentes incluyen fiebre, tos y sensación de falta de aire, aunque se ha observado que la infección puede cursar con una enorme variedad de síntomas, como la anosmia o la ageusia, o incluso cursar de forma asintomática. Se estima una letalidad global de entorno al 0,8% del total de infectados.

La gravedad de la enfermedad depende de diferentes factores, entre ellos, los relacionados con las características de la persona infectada. Las personas mayores y con patologías crónicas previas, como la enfermedad cardiovascular o la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la diabetes mellitus, pueden presentar una mayor letalidad.

La infección por SARS-CoV-2 activa el sistema inmune innato induciendo la generación de anticuerpos neutralizantes en títulos elevados en la mayor parte de los casos, aunque aún no está clara

[†] https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/joint_eu_roadmap_lifting_covid19_containment_measures_es.pdf

[‡] <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/PlanTransicionNuevaNormalidad.pdf>

[§] Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-5895



la duración de la inmunidad. No obstante, a la luz de los resultados del Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID, solo el 5% de la población española ha tenido contacto con el virus y presenta anticuerpos^{**}, lo que descarta a corto plazo la inmunidad de grupo.

A día de hoy se considera que la fuente primaria más probable de la enfermedad producida por el SARS-CoV-2 es de origen animal. La principal vía de transmisión entre humanos es por contacto y gotas respiratorias. El periodo de incubación mediano es de 5 días con un rango de 1 a 14 días, y la transmisión de la infección puede darse desde 2 días antes del inicio de síntomas hasta 10 días después, aunque se ve influenciado por la severidad y la persistencia del cuadro clínico.

No está claro el papel de los casos asintomáticos tienen en la transmisión de la enfermedad, se asume que la mayor parte de ésta ocurre por los casos pre sintomáticos y los casos sintomáticos. La tasa de ataque secundario es de en torno al 10% pero en algunas condiciones puede ser superior. Por otro lado, también se desconoce si el SARS-CoV-2 tendrá un patrón estacional^{††}.

1.3 Justificación del Plan de Respuesta temprana

La pandemia provocada por el COVID-19 ha sido y sigue siendo el mayor desafío para la salud que hemos conocido en el último siglo. Su dimensión ha obligado a una gran mayoría de países a adoptar medidas excepcionales, y ha provocado tensiones en los sistemas de salud y en los mercados de productos sanitarios a nivel mundial. Nuestro país, como el resto del mundo, no ha sido ajeno a esta realidad.

No obstante, gracias al esfuerzo incansable del conjunto de los profesionales sanitarios, el compromiso de la ciudadanía y la respuesta coordinada de las Administraciones, se ha reducido la incidencia hasta un nivel en el que es posible controlar el SARS-CoV-2. En este sentido, conviene destacar el impacto que ha tenido la reducción de la movilidad durante la vigencia del estado de alarma en la reducción de la incidencia.

Su finalización y la entrada en la nueva normalidad no supone, en ningún sentido, que el virus haya desaparecido. Solo significa el paso a una nueva etapa en la que debemos aprender a convivir con el virus hasta que haya un tratamiento eficaz o una vacuna segura frente al virus.

En el escenario actual de control de la transmisión se debe seguir insistiendo en el cumplimiento de las acciones básicas de higiene y prevención y el resto de medidas incluidas en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, para seguir conteniendo el riesgo de transmisión y garantizar la detección de brotes, así como asegurar la respuesta compartida por parte del conjunto de las autoridades sanitarias.

De la misma forma, en esta nueva etapa, el Ministerio de Sanidad sigue trabajando en coordinación con las comunidades autónomas tanto en el seguimiento diario de la evolución del virus, como para asegurar las capacidades que nos permitan detectar y actuar ante nuevos brotes, o incluso, ante una posible segunda oleada por COVID-19.

^{**} Estudio Nacional de sero-Epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-COVID) <https://portalcne.isciii.es/enecovid19/>

^{††} Información científica-técnica sobre la enfermedad por coronavirus <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>



Para organizar esta respuesta de forma eficaz y coordinada, se propone el presente Plan de Respuesta temprana ante incrementos de la transmisión en un escenario de control de la pandemia de COVID-19, que contará con la participación de las comunidades autónomas. Se trata de un Plan que articulará el conjunto de medidas para la preparación y respuesta de nuestro país frente al COVID-19 que ya están en marcha, junto con aquellas que deben completarse para hacer frente a los distintos escenarios que puedan producirse.

1.4 Objetivos

El objetivo general de este Plan es doble: por un lado, reducir el impacto de la pandemia de COVID-19, limitando la circulación del SARS-CoV-2 mediante el fortalecimiento de los pilares que sustentan unas intervenciones oportunas y eficaces; y por otro, preparar las capacidades de España frente a un incremento de la transmisión que, llegado el caso, pueda derivar en una segunda oleada de transmisión de SARS-CoV-2.

Los objetivos específicos del Plan son:

- Diseñar las bases de la preparación y la respuesta en el escenario actual y ante posibles escenarios futuros para el control de la enfermedad.
- Establecer un marco de evaluación del riesgo asociado a la información disponible.
- Recomendar intervenciones en salud pública proporcionales al nivel de riesgo.

Todo ello se concreta a través de los distintos apartados, que contienen, entre otros elementos: la clarificación del marco competencial y de gobernanza para hacer frente a un posible incremento de casos; la configuración de una reserva estratégica de equipos de protección y medicamentos; el refuerzo de la vacunación frente a la gripe; los planes de contingencia para reforzar las capacidades a nivel asistencial y de salud pública por parte de las comunidades autónomas y la definición de los indicadores epidemiológicos y asistenciales para elevar el nivel de riesgo en un territorio y proponer, cuando sea necesario, medidas adicionales en coordinación con las comunidades autónomas.

2 GOBERNANZA Y MARCO NORMATIVO

En el escenario actual de control, el objetivo es reducir al máximo la transmisión del virus, minimizando su impacto en la salud y en la sociedad. Por ello, las instituciones deben estar preparadas para responder a cualquier escenario de riesgo para la salud pública, asumiendo que no existe un enfoque único en la gestión de los casos y los brotes de COVID-19, y que es necesaria la coordinación y la toma de decisiones conjunta en función de los diferentes escenarios.

2.1 Estructuras organizativas y coordinación

Las actuaciones de preparación y respuesta deben adoptarse de forma consensuada y coordinada por los distintos agentes implicados en la evaluación y gestión del riesgo.

Los aspectos relativos a la gestión estratégica de la preparación y respuesta ante amenazas sanitarias se analizan en el **Comité de Dirección del COVID-19** creado en el Ministerio de Sanidad y en el seno del **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)**, que es quien acuerda la implementación de las acciones frente al COVID-19 en el conjunto de las comunidades autónomas, a través del Pleno, la Comisión de Salud Pública y la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta, bajo la coordinación del Ministerio de Sanidad. El objetivo de esta coordinación es la armonización de las actuaciones en todo el territorio nacional, teniendo en cuenta las directrices del



Ministerio de Sanidad y las recomendaciones de la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud.

La **Comisión de Salud Pública (CSP)** garantiza que las medidas de control establecidas para cada escenario se adoptan coordinadamente en todas las CCAA y la equidad en el acceso a los recursos sanitarios.

La evaluación de riesgo de propagación de la transmisión se analiza inicialmente en el seno de la **Ponencia de Alertas, Planes de Preparación y Respuesta**, coordinada por el **Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)**. El resultado de esta evaluación será tratado y aprobado en los ámbitos estratégicos de la CSP y CISNS.

En caso de que se considere necesario adoptar actuaciones coordinadas en salud pública que afecten a varias comunidades autónomas, corresponderá su declaración al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del CISNS y con audiencia de las comunidades directamente afectadas, salvo en situaciones de urgente necesidad, en cuyo caso se tomarán las medidas que sean estrictamente necesarias y se informará de manera urgente de las medidas adoptadas, de acuerdo con lo previsto en el artículo 65 de la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**.

La declaración de actuaciones coordinadas obliga a todas las comunidades autónomas incluidas en ella y para su realización podrá acudir a una serie de mecanismos, entre los que se encuentran la activación o diseño de planes y las estrategias de actuación para afrontar emergencias sanitarias.

Si las características de la situación superan las capacidades de respuesta en salud pública y asistencial a nivel autonómico y existe una presión creciente sobre el sistema, se valorarán fórmulas de cogobernanza que se pactarán con la comunidad autónoma para la gestión de esta eventualidad de forma consensuada y coordinada con las partes implicadas.

2.2 Marco legislativo

Todas las actuaciones de intervención deben ser adoptadas respetando el marco constitucional de distribución de competencias entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado.

Así, conforme el artículo 149.1. 16ª de la Constitución Española corresponde al Estado la competencia exclusiva en materia de Sanidad Exterior, bases y coordinación general de la Sanidad, y legislación sobre productos farmacéuticos.

En materia de Salud Pública, le corresponde al Estado la competencia en materia de Sanidad Exterior, además de lo referido a las bases y la coordinación general, reposando el resto del ámbito competencial de Salud Pública en las comunidades autónomas.

Teniendo en cuenta este ámbito competencial ordinario, existen una serie de medidas de intervención previstas en la legislación española ante situaciones urgentes o de emergencia que pueden ser adoptadas por el Estado y las comunidades autónomas, en función de sus respectivas competencias.

Por un lado, la **Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública** prevé que, si así lo exigen razones sanitarias de urgencia o necesidad, las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la



salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

Por otro lado, la **Ley 14/1986, de 14 de abril, General de Sanidad** habilita de una parte a adoptar medidas administrativas de carácter preventivo sobre actividades públicas o privadas, para evitar consecuencias negativas para la salud (artículo 24) y, de otra, en casos de riesgo inminente y extraordinario para la salud, a adoptar las medidas preventivas que se estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas.

En ambos casos, la competencia para la adopción de estas medidas corresponderá a las comunidades autónomas, con la coordinación de la Administración General del Estado - Ministerio de Sanidad, si esta fuera necesaria, de acuerdo con lo previsto en el artículo 149.1.16ª de la Constitución Española^{‡‡}.

Por último, la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública** prevé que, con carácter excepcional y cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad o urgencia, la Administración General del Estado y las de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla, en el ámbito de sus respectivas competencias, puedan adoptar cuantas medidas sean necesarias.

En particular, se prevé la posibilidad de la inmovilización y, si procede, el decomiso de productos y sustancias, la intervención de medios materiales o personales, el cierre preventivo de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias, la suspensión del ejercicio de actividades, la determinación de condiciones previas en cualquier fase de la fabricación o comercialización de productos y sustancias, así como del funcionamiento de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias, con la finalidad de corregir las deficiencias detectadas, así como cualquier otra medida ajustada a la legalidad vigente si existen indicios racionales de riesgo para la salud, incluida la suspensión de actuaciones.

La competencia para la adopción de estas medidas corresponderá a la administración competente por razón de materia. Es decir, la posibilidad de adoptar las medidas previstas en esta ley por parte del Ministerio de Sanidad, como autoridad sanitaria estatal, ha de llevarse a cabo en el ámbito de sus competencias (en materia de Sanidad Exterior o de coordinación).

Aunque la ley contiene un presupuesto habilitante para que la autoridad sanitaria estatal pueda llevar a cabo las actuaciones descritas, no contiene un título competencial adicional o distinto del que le corresponde al Estado en base al artículo 149.1.16 de la Constitución.

En definitiva, el esquema de actuación que prevé la Ley General de Salud Pública es similar al regulado en la Ley General de Sanidad en cuanto a salvaguardar las competencias de cada Administración Pública en el ámbito de la Sanidad, con arreglo a lo previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución.

^{‡‡} Según el art. 40.12 de la LGS, la Administración del Estado coordinará los servicios competentes de las distintas Administraciones Públicas Sanitarias, en los procesos o situaciones que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional. Asimismo, según el artículo 149.1.16º de la Constitución, el Estado es competente en la coordinación general de la sanidad.



Hay que tener en cuenta que, en todo caso, las medidas que se adopten con arreglo a esta legislación, deberán ser ratificadas por los **Juzgados de lo Contencioso Administrativo**^{§§}, en el caso de que impliquen privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental.

Por último, cabe destacar el ámbito competencial **extraordinario previsto en el marco de un estado de alarma**^{***} cuando, atendiendo a la dimensión de la epidemia, las medidas previstas en la legislación ordinaria resultan insuficientes. El Gobierno puede declarar, mediante Real Decreto, el estado de alarma, en todo o parte del territorio nacional, cuando se produzca, entre otras situaciones, crisis sanitarias, tales como la pandemia por COVID-19.

Todas las autoridades civiles de la Administración Pública del territorio afectado por la declaración, los integrantes de los Cuerpos de Policía de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, y los demás funcionarios y trabajadores al servicio de las mismas, quedarán bajo las órdenes directas de la Autoridad competente designada en cuanto sea necesario para la protección de personas, bienes y lugares, pudiendo imponerles servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza.

3 PILARES DE RESPUESTA TEMPRANA

Es necesario dotar al Sistema Nacional de Salud de una mayor capacidad, preparándolo para ser capaz de hacer frente a posibles incrementos de la transmisión del COVID-19 sin las tensiones a las que se ha visto sometido durante la crisis.

Esta preparación requiere una acción amplia y coordinada, que incluye la preparación en los ámbitos de Salud Pública, asistencia sanitaria y laboratorio, la compra extraordinaria de vacuna de la gripe y la preparación de las medidas farmacológicas y no farmacológicas frente al COVID-19.

3.1 CAPACIDADES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y EL CONTROL DEL COVID-19

Es necesario garantizar una capacidad de detección y control suficiente para detectar el incremento de la transmisión en la población mediante el funcionamiento adecuado del sistema de alerta precoz y respuesta rápida y de vigilancia epidemiológica, conforme a la estrategia actual, de manera que se permita una identificación y aislamiento precoz de las fuentes de infección. Esto implica:

- Garantizar una capacidad suficiente de **recursos humanos** en los servicios de Salud Pública dedicados a la respuesta de COVID-19 que asegure la aplicación de los protocolos de detección de casos e identificación y seguimiento de contactos.
- Disponer de **planes de contingencia** que garanticen una continuidad de la actividad de Salud Pública ante un posible incremento de la transmisión tomando como referencia los elementos definidos en la lista de verificación del Anexo I.
- Garantizar el funcionamiento adecuado de los **sistemas de vigilancia y alerta precoz y respuesta rápida 24/7/365** que permitan una identificación y aislamiento precoz de los casos y cuarentena de los contactos en coordinación con Atención Primaria.

^{§§} El art. 8.6 de la LJCA señala que corresponderá a los Juzgados de lo Contencioso-administrativo la autorización o ratificación judicial de las medidas que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la Salud Pública e impliquen privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental.

^{***} Artículo 116.2 de la Constitución Española y en la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio



- Asegurar la capacidad de detectar precozmente los casos **en todos los niveles asistenciales**, especialmente en Atención Primaria, a partir de la implementación de los procedimientos definidos en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control en colaboración con Salud Pública. La estrategia de detección precoz contemplará la adaptación de los protocolos a la situación epidemiológica del territorio de aplicación.
- Incorporar herramientas digitales que faciliten la identificación y seguimiento de contactos. Para ello, el Ministerio de Sanidad, en colaboración con la Secretaria de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial impulsará el desarrollo de una aplicación de control y rastreo de contactos que garantice la interoperabilidad a nivel europeo y respete la normativa en materia de protección de datos de carácter personal.
- Asegurar la **capacidad de laboratorio** ante el posible aumento de la demanda diagnóstica, priorizando la inversión en nuevas técnicas diagnósticas. Se debe prever la necesidad diagnóstica en el marco de la vigilancia de enfermedades respiratorias víricas ante la posible coexistencia del virus de la gripe y del SARS-CoV-2.
- Garantizar la **coordinación entre los diferentes niveles** (sanitario, socio sanitario, Salud Pública, Protección Civil) para la adecuada implementación de los protocolos de detección precoz y control.
- Disponer de lugares habilitados para el aislamiento de los casos y la cuarentena de los contactos (**centros de aislamiento o cuarentena**) que garanticen que estas medidas se implementan de forma eficiente en aquellas situaciones en las que no se puedan aplicar en los domicilios o lugares de residencia.
- **Implementar la estrategia de comunicación de riesgo** para garantizar que la población comprende la situación y las medidas de prevención, higiene y promoción de la salud que debe adoptar y así conseguir una buena respuesta y que contribuya al control de la epidemia.

3.2 CAPACIDADES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

En este ámbito, los servicios sanitarios de las comunidades autónomas deben:

- Activar los **planes de contingencia** en Atención Primaria y hospitalaria de forma adaptada a cada escenario tomando como referencia los elementos definidos en las listas de verificación de los Anexos II y III
- Garantizar capacidad suficiente de **recursos humanos** y materiales tanto en atención primaria como en hospitalaria que permita dar respuesta a la actividad extra asociada a un incremento de transmisión del SARS-CoV-2.
- Asegurar la aplicación de las políticas de prevención de riesgos laborales en todos los centros, incluyendo las medidas de carácter organizativo, de formación e información, de protección colectiva, y de protección personal, garantizando la disponibilidad de **Equipos de Protección Individual** adecuados al tipo de atención, así como formación del personal en su utilización.
- Disponer de una capacidad suficiente de **camas de agudos y de cuidados críticos** con capacidad de respiración mecánica invasiva:



- o Disponer o tener acceso o capacidad de instalar en un plazo máximo de cinco días entre 1,5 y 2 camas de cuidados críticos por cada 10.000 habitantes.
- o Disponer o tener acceso o capacidad de instalar en un plazo máximo de cinco días entre 37 y 40 camas para enfermos agudos por cada 10.000 habitantes.
- **Facilitar la movilidad voluntaria** de profesionales entre centros sanitarios o entre CCAA cuando se precise, de acuerdo a la legislación. A estos efectos, se adoptarán las medidas de coordinación necesarias entre el Ministerio de Sanidad y las autoridades sanitarias autonómicas.
- Disponer de **capacidad para el manejo y seguimiento en Atención Primaria** de los casos leves y leves-moderados que no precisen de atención hospitalaria, mediante acceso a marcadores de evolución y/o exploraciones complementarias (considerando especialmente el Dímero D, Exploraciones radiológicas).
- Disponer de un plan de atención **COVID-19 en domicilio** liderado desde la Atención Primaria, garantizando el personal suficiente y el equipamiento de protección adecuado.
- Disponer de una estrategia con **circuitos diferenciados de atención** a pacientes COVID-19 y no COVID-19 garantizando la calidad asistencial y la seguridad.
- Establecer mecanismos para la **atención específica y segura a pacientes vulnerables**, especialmente a los pacientes crónicos, a los pacientes de salud mental y a los pacientes de alta complejidad, tanto de forma presencial como telemática.
- Garantizar la atención a las **actividades priorizadas** de la atención habitual como los programas de vacunación^{†††} y los programas de atención a pacientes crónicos y la atención urgente. Establecer mecanismos para evitar la suspensión de la atención sanitaria necesaria a pacientes que requieran diagnóstico o tratamiento que no permitan demora.
- Establecer mecanismos para una adecuada calidad y seguridad en la **continuidad asistencial y traspaso** de pacientes entre servicios y niveles asistenciales.
- Asegurar la aplicación de las **políticas de prevención y control de la infección** en todos los centros, incluyendo la capacitación del personal en esta materia y reforzando la adecuada higiene de manos, uso adecuado de antibióticos y prevención de infecciones por organismos multirresistentes, uso adecuado de los dispositivos médicos y uso seguro de los medicamentos.
- Actualizar las **guías de manejo clínico** de casos COVID-19 en los diferentes ámbitos del sistema sanitario asistencial, incluyendo criterios orientadores para la toma de decisiones clínicas en situaciones de restricción de recursos sanitarios.
- Establecer las medidas oportunas para la **dispensación de medicamentos en modalidad no presencial**, garantizando la óptima atención con la entrega, si procede, de los medicamentos en centros sanitarios o en establecimientos sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos próximos al domicilio del paciente, o en su propio domicilio.
- Facilitar el **regreso al funcionamiento habitual** en el ámbito asistencial.

^{†††} Prioridades del programa de vacunación durante el estado de alarma debido a COVID-19
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/COVID-19_Vacunacionprioritaria.pdf



- Garantizar programas de **ayuda psicológica** a los profesionales sanitarios y a los pacientes que lo precisen con motivo de la pandemia por SARS-CoV-2.
- Establecer mecanismos que permitan el **acompañamiento del paciente** en situación crítica, especialmente en el final de su vida, en condiciones seguras para la familia y para los profesionales.

3.3 CAPACIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA

3.3.1 Medidas no farmacológicas o de protección y prevención en el ámbito comunitario

Las medidas no farmacológicas reducen el contacto entre personas enfermas y sanas y el riesgo individual de infección. Se trata de medidas en las que se ha demostrado la eficacia, sobre todo cuando se aplican de manera combinada.

En este apartado se propone tanto las medidas no farmacológicas como las estrategias para facilitar su implementación:

- Implementar las **medidas de prevención e higiene** dirigidas al control de la propagación, que se desarrollan en detalle en el Anexo IV, e incluyen entre otras: la higiene de manos, la higiene respiratoria, las medidas que faciliten el mantenimiento de la distancia interpersonal, la utilización de mascarillas⁺⁺⁺ y las medidas de higiene y limpieza.
- Disponer de **estrategias de prevención** que recojan aspectos relacionados con la organización de espacios y horarios, coordinación con el sistema asistencial, procedimientos sobre manejo de casos, crear grupos de convivencia estable, colaboración con salud pública y una reorganización de las actividades en función del escenario. Estas estrategias deben ser tenidas en cuenta para **minimizar el riesgo de brotes** epidémicos en entornos especialmente vulnerables como residencias para las personas mayores, personas con discapacidad o centros de salud mental y centros de acogida o albergues.
- Trabajar en la **acción y coordinación intersectorial** necesarias para disminuir la exposición facilitando las medidas de distanciamiento físico, higiene de manos y mascarillas, en entorno laboral y espacios públicos.
- Garantizar el cumplimiento de las medidas no farmacológicas mediante una **estrategia de comunicación** que facilite la información necesaria, la justificación de la misma y la adquisición de las habilidades que sean necesarias para que las medidas sean efectivas, así como una acción comunitaria contextualizada y apoyada en las redes comunitarias de cada territorio.

3.3.2 Medidas farmacológicas

En la actualidad no existe ninguna terapia eficaz frente a la COVID-19 en ningún escenario clínico, ni preventivo ni terapéutico.

⁺⁺⁺

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Recomendaciones_mascarillas_ambito_comunitario.pdf



Sin embargo, el plasma procedente de pacientes recuperados de COVID-19 (PCC) puede ser una alternativa terapéutica potencialmente útil para esta enfermedad. Tal como viene recomendando el Comité Científico para la Seguridad Transfusional, y en línea con las Directrices de la Comisión Europea^{§§§} en base al probable impacto beneficioso de su utilización, es conveniente que los Centros de Transfusión, evalúen su capacidad de extracción, preparación y almacenamiento de este tipo de donación, con la finalidad de disponer de stock de plasma hiperinmune para futuras demandas

La Comisión Europea señala que el uso de PCC se ha visto reforzado con nuevos estudios que han proporcionado no solo la evidencia sólida de que la transfusión de PCC es segura, sino que también apoyan la idea de que una administración temprana dentro del curso clínico de la COVID-19 es probable que contribuya a reducir la mortalidad.

Todavía no hay disponibles vacunas frente al COVID-19, aunque hay diferentes desarrollos en marcha a nivel mundial, además de mecanismos regulatorios especiales para poder disponer de ellas cuanto antes. Por ello es necesaria la preparación frente a un incremento de la transmisión, tener acceso a una vacuna segura y eficaz cuando la haya y prever la coexistencia del COVID-19 con la circulación del virus de la gripe estacional. En este sentido, las acciones que se proponen son:

3.3.2.1 Adquisición de vacunas frente al COVID-19

Se estima que las primeras vacunas estarán autorizadas a lo largo del año 2021, pero es aún pronto para conocer la eficacia y seguridad de las diferentes vacunas. En el momento actual se está contemplando el desarrollo de diferentes tipos: de virus atenuados o inactivados, utilización de vectores víricos replicativos o no replicativos, de subunidades proteicas, de partículas con estructura similar al virus salvaje, de ARN o de ADN.

Sin embargo, es posible que antes de la autorización se disponga de algunas dosis, todavía sin determinar, ya que los desarrolladores están fabricando a máximas capacidades aun no teniendo autorización con el fin de tener una producción suficiente en el momento de su aprobación, y también con el fin de que estén disponibles para una eventual emergencia epidemiológica que justificara su uso tras una evaluación riesgo-beneficio. La utilización de esas primeras dosis se realizaría teniendo en cuenta los datos disponibles de eficacia y seguridad de cada vacuna, así como las características epidemiológicas de la COVID-19.

En cualquier caso, teniendo en cuenta que la disponibilidad de vacunas será paulatina, será necesario priorizar los grupos de población que se vacunarán de manera progresiva, en función de las características de vulnerabilidad y de exposición a la enfermedad de los diferentes colectivos, así como teniendo en cuenta el perfil de eficacia y seguridad de cada vacuna.

El Ministerio de Sanidad está trabajando, junto con la Comisión Europea y los países de la Unión Europea, para disponer de vacunas frente a COVID-19 cuanto antes. A este respecto, España se ha sumado a la compra de vacunas que realizará la Comisión Europea, a través de la llamada Alianza Inclusiva por la Vacuna del COVID-19^{****}, que pretende facilitar el desarrollo y acceso a las dosis necesarias de vacunas seguras y eficaces en el menor tiempo posible, tanto en países de la Unión Europea como en terceros. La finalidad es proteger a toda la ciudadanía garantizando un acceso equitativo y en igualdad de condiciones a las dosis disponibles, asegurando que todo el proceso de

^{§§§} Recogidas en el documento “Directrices para la obtención de plasma de donantes convalecientes de la COVID-19”

^{****} EU Strategy for COVID-19 vaccines https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication-eu-strategy-vaccines-COVID19_en.pdf



compra y distribución se lleve a cabo de manera transparente, equitativa y con unos estándares de seguridad y eficacia de la vacuna iguales entre todos los países miembros.

España está representada, a través de la directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en el órgano que adoptará las decisiones acerca de cada proceso de compra anticipada, que monitoriza el desarrollo de las vacunas y que garantizará la transparencia y buena gobernanza del proceso de adquisición y distribución.

Además, España también se ha incorporado al equipo negociador del Acuerdo de Compra Anticipada de Vacunas frente al COVID-19 de la Unión Europea, formado por representantes de seis países más: Alemania, Francia, Holanda, Suecia, Polonia e Italia. Dicho equipo ejerce de interlocutor único ante las diferentes empresas que están desarrollando candidatos a vacuna contra el nuevo Coronavirus.

Por otro lado, en España, en estos momentos hay más de 10 proyectos de investigación sobre vacunas financiados por el Ministerio de Ciencia e Innovación. Ninguno de ellos está, actualmente, en fase de ensayos clínicos en humanos, pero dos grupos están ya realizando ensayos en animales y otros dos esperan poder hacerlo entre los meses de junio y agosto.

De todos estos grupos, cuatro plantean el inicio de la fase de ensayos en humanos en diciembre de 2020 y cinco tienen ya contactos con empresa españolas interesadas en su producción.

3.3.2.2 Compra extraordinaria de vacunas frente a la gripe

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda que se presenta como una epidemia anual, con inicio en los meses de noviembre y diciembre, y duración aproximada de 13 semanas, que suele provocar presión en el sistema asistencial.

La epidemia de la gripe es un importante problema de salud, tanto por la mortalidad que puede provocar directa o indirectamente y las complicaciones que puede ocasionar, así como por los costes económicos y sociales que origina.

El conocimiento científico actual no ha desarrollado un tratamiento específico altamente efectivo para la gripe, por lo que la vacunación es considerada la medida más eficaz para prevenir tanto la enfermedad como sus complicaciones, especialmente en las personas que tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones graves de la enfermedad, como son las personas mayores o las personas con enfermedades crónicas. En la actualidad, se dispone de vacunas muy seguras frente a la gripe, con impacto demostrado sobre la enfermedad grave y la mortalidad.

La vacunación de la gripe debe realizarse cada año, ya que el virus tiene una gran capacidad para mutar, por lo que anualmente se desarrolla una vacuna específica contra la cepa concreta del virus de la gripe de ese año.

La actual pandemia de COVID-19 ha ocasionado una altísima sobrecarga del sistema asistencial en España. Y aunque actualmente la situación ha mejorado, el virus sigue estando presente y no es posible descartar que haya una nueva oleada epidémica que además coincida temporalmente con la gripe.

Además, existe la posibilidad infección simultánea en la misma persona por ambos virus, sin que todavía esté claro el efecto que esta coinfección puede provocar.



Ante la situación de eventual coincidencia de ambas epidemias, sin tratamiento específico altamente efectivo contra ninguno de los dos virus, se considera prioritario prevenir el impacto de la gripe en este otoño-invierno aumentando su cobertura de vacunación.

La prevención de la gripe mediante vacunación puede prevenir también la sobrecarga del sistema asistencial y las posibles coinfecciones, incluyendo las transmisiones nosocomiales en los centros sanitarios.

Por estas razones, es de especial importancia que este año se alcancen altas coberturas de vacunación siguiendo las recomendaciones^{††††} aprobadas para esta temporada 2020-2021, especialmente en las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones y en las personas que pueden transmitir la enfermedad a otras que tienen un alto riesgo de complicaciones (como el personal sanitario y socio sanitario).

En este aspecto, el Ministerio de Sanidad impulsa anualmente un Acuerdo Marco para la selección de suministradores de vacunas frente a la gripe estacional desde la temporada 2011-2012. Estos Acuerdos Marco son un instrumento de cohesión que permite a las comunidades autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla y otros organismos que voluntariamente deciden participar, la utilización de un precio común y criterios homogéneos para la adquisición de vacunas.

En el Acuerdo Marco para la selección de suministradores de vacunas frente a la gripe para la temporada 2020-2021 participarán 12 comunidades autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla y otros Organismos de la Administración.

Los objetivos para esta próxima temporada 2020-2021 son alcanzar o superar coberturas de vacunación del 75% en mayores a partir de 65 años y en el personal sanitario y socio-sanitario, así como superar el 60% en embarazadas y en personas con condiciones de riesgo. Estos objetivos están en consonancia con los establecidos por la OMS y por la Comisión Europea.

Cuando comenzó la pandemia de COVID-19, los procesos de compra de vacunas de gripe y el Acuerdo Marco estaban en ya marcha y resultaba complicado modificar el número de dosis. Por ello, dada la prioridad en el refuerzo de la cobertura vacunal y el complejo mercado internacional para la adquisición de vacunas, el Ministerio de Sanidad ha realizado una compra extraordinaria de 5,2 millones de dosis de vacuna frente a la gripe que complementará la adquisición de vacunas realizada por las comunidades autónomas.

Estas vacunas adquiridas de forma extraordinaria por el Ministerio de Sanidad se repartirán entre las comunidades autónomas para su administración a la población diana de vacunación.

De forma paralela, el Ministerio de Sanidad está trabajando en una campaña de comunicación dirigida al personal sanitario y a la población mayor y con condiciones de riesgo.

3.3.2.3 Investigación clínica sobre la COVID-19

El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), como principal agencia de financiación de la investigación aplicada en Ciencias de la Salud, está financiando ensayos clínicos para todos los escenarios clínicos e impulsando nuevas vacunas mediante estrategias complementarias a las desarrolladas por compañías y países. De igual manera, el ISCIII está evaluando agrupando toda la información clínica procedente

^{††††} https://www.msebs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_vacunacion_grip_e.pdf



de los pacientes de todo el país con el fin de explotar de forma masiva los datos procedentes de pacientes reales y evaluar así el impacto que, en condiciones de uso real, están teniendo las diferentes aproximaciones terapéuticas sean estas financiadas o no por el propio ISCIII.

Por su parte, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) monitoriza continuamente la evolución de los resultados de los ensayos clínicos relativos al uso de medicamentos para el tratamiento o la profilaxis de la infección respiratoria por SARS-CoV-2^{****}. Recientemente la Comisión Europea ha autorizado de forma condicional a Veklury (Remdesivir) para el tratamiento de la COVID-19 en adultos y adolescentes mayores de 12 años con neumonía que requiere oxígeno.

Por otro lado, hasta la fecha, la AEMPS ha autorizado un total de 95 ensayos clínicos con medicamentos, aunque sigue sin existir, de momento, evidencia científica suficiente para recomendar un tratamiento específico para SARS-CoV-2.

En todo el mundo se han autorizado más de 1.600 ensayos clínicos con medicamentos, lo que sitúa a España entre los cinco primeros países a nivel mundial en ensayos clínicos para la COVID-19.

Es necesario recordar que la investigación clínica es una prioridad en el ámbito internacional y que los esfuerzos en investigación se están llevando a cabo en red para compartir toda la información relevante y los resultados publicados a este respecto.

La AEMPS ha recibido un gran número de solicitudes de diferentes tipos de estudios clínicos. Los ensayos clínicos tienen un espacio propio en el que se publican sus características, el Registro Español de estudios clínicos, y la AEMPS ha puesto a disposición una web específica para los ensayos COVID-19^{§§§§}.

Por otra parte, los estudios observacionales, que son tramitados por la AEMPS de acuerdo con su normativa propia, se han hecho accesibles en la página web de la AEMPS mediante un listado^{****}, que se actualiza semanalmente.

3.4 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN Y CONCIENCIACIÓN

La comunicación de riesgos en Salud Pública es una herramienta imprescindible para mitigar el impacto social y económico que puede suponer una crisis de Salud Pública. La información transparente, veraz, rigurosa, comprensible y accesible, así como la escucha de las inquietudes y necesidades informativas de la ciudadanía refuerza además la confianza en la gestión de la crisis con una comunicación efectiva.

En este sentido, es fundamental para el control de la pandemia mantener una comunicación proactiva y bidireccional, estableciendo canales de escucha y diálogo entre las instituciones y la población. Esta comunicación efectiva posibilita un mejor cumplimiento de las medidas de prevención, higiene y promoción de la salud por parte de la población. Además, para mejorar el alcance y que la

^{****} Tratamientos disponibles sujetos a condiciones especiales de acceso para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2
<https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-Covid%e2%80%9119/tratamientos-disponiblespara-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-sars-cov-2/?lang=en>
^{§§§§} <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDM0N2VhMTY0OTM5MS00MDEyLTg1YmYtNTQzYzY3M3MWFjNTc3IiwidCI6IjJkM2I1MGUwLTZlZjQ0NGViYy05MjcQ2LTdkMWNiYjc3MDg5YyIsImMiOiJh9>
^{****} <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-Covid%e2%80%9119/informacion-sobreinvestigacion-clinica-sobre-la-COVID-19/estudios-observacionales-con-medicamentos-sobre-la-COVID-19/>



comunicación sea inclusiva es necesario contemplar y adaptar a las necesidades de los diferentes grupos y aspectos relacionados con el contenido, formato y canales de difusión.

Esto permite conocer percepciones de riesgo, lagunas informativas y comportamientos, proporcionar a los grupos vulnerables información adaptada a sus circunstancias y ejercitar el derecho a entender y recibir información sobre los riesgos de salud y a participar activamente en la respuesta, así como evaluar la efectividad y alcance de la comunicación.

Todo ello requiere una adecuada planificación. Por ello, se dispone de una Estrategia de comunicación a la ciudadanía que contempla los diferentes escenarios y actuaciones, así como los recursos necesarios para cada uno de ellos.

Para la implementación de esta Estrategia se ha articulado un equipo de trabajo multidisciplinar y transversal, en el que participan la Subdirección de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública, el CCAES, la Subdirección General de Atención al Ciudadano y el Gabinete de Prensa del Ministerio de Sanidad, así como los responsables de la Secretaría de Estado de Comunicación.

Durante toda la pandemia se han desarrollado materiales divulgativos específicos que se han publicado en la web sobre COVID-19 dirigida a ciudadanía del Ministerio de Sanidad^{††††}, en redes sociales y a través de los medios de comunicación, con distintos formatos de materiales divulgativos (infografías, documentos, vídeos...) con el objetivo de dar a conocer a la ciudadanía información sobre COVID-19, iniciativas, medidas y recomendaciones realizadas desde el inicio de la epidemia.

Asimismo, se han elaborado también materiales para el mejor control de las enfermedades crónicas y para tratar de paliar el impacto del confinamiento en la salud y bienestar de la población. Todos ellos están en continua revisión para que se mantengan actualizados.

Además, se han realizado campañas de publicidad tanto generales como específicas para determinados colectivos como son la infancia, los jóvenes, colectivos sanitarios o personas mayores. Entre ellas, se ha realizado una campaña en redes, #Nolotiresporlaborda para animar a la ciudadanía, y especialmente a los jóvenes, a mantener las medidas de distanciamiento social. Si perjuicio de otras campañas que se puedan llevar a cabo, #Nolotiresporlaborda se seguirá utilizando en redes mientras dure la alerta sanitaria.

Por último, señalar que todos los materiales y campañas se han difundido también a las entidades locales y a las comunidades autónomas, a las sociedades científicas y al tejido asociativo.

3.5 RESERVA ESTRATÉGICA NACIONAL

La pandemia de COVID-19 ha generado una presión enorme sobre los sistemas asistenciales en todo el mundo. Es algo que también se ha comprobado en España, donde ha sido necesario reforzar todas las capacidades, tanto a nivel de vigilancia epidemiológica y servicios de Salud Pública como de Atención Primaria y Hospitalaria para poder hacer frente a la pandemia.

De manera general, los sistemas de provisión de material sanitario se habían venido desarrollando en un escenario en el que la inmediatez de la reposición permitía no necesitar altos volúmenes de almacenamiento de existencias. Este hecho, junto con el gran incremento de la demanda de material

^{††††} <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/ciudadania.htm>



sanitario a nivel mundial asociado a la pandemia, ha tensionado los mercados internacionales de manera que los principales países productores, que venían sufriendo una demanda estable, previsible y continuada, vieron incrementado el volumen de pedidos de forma exponencial y con solicitudes de plazos de entrega muy breves. Una demanda mundial que no pudo ser satisfecha por la oferta.

Este incontestable repunte en la demanda, asociado adicionalmente a un número de productores muy localizado, ha provocado un aumento significativo de los precios de todos los productos y equipos sanitarios. Y también ha introducido cambios significativos en estos mercados, tanto por el lado de la oferta (empresas que han reorientado su actividad) con una exigencia del pago por adelantado (incluso para compras de gobiernos) y venta de líneas de producción para un suministro periódico, como por el lado de la demanda (todos los países comprando los mismos productos en las mismas fábricas), empujando los precios al alza.

Por todo ello, se decidió reforzar al Ministerio de Sanidad para abordar estas compras de enorme complejidad en este contexto internacional, formándose un equipo interministerial y multidisciplinar, formado por profesionales del Ministerio de Hacienda, Ministerio de Industria, Comercio y Turismo y del Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico.

En este contexto tan complejo, gracias a las compras realizadas y a las donaciones recibidas, desde el 10 de marzo se ha venido repartiendo material a las comunidades autónomas para reforzar sus procesos de compra. De manera que, hasta el pasado 2 de julio, se han repartido casi 221,7 millones de unidades de productos sanitarios en todo el territorio, desglosados de la siguiente forma:

DISTRIBUCIÓN ENTRE CCAA ENTRE EL 10 DE MARZO Y EL 2 DE JULIO (unidades)	
Mascarillas	100.573.916
Batas desechables-impermeables	313.553
Gafas de protección	265.476
Kits PCR diagnóstico y consumibles	1.552.024
Kits de extracción	952.000
Kits diagnóstico rápido	5.423.380
Hisopos y torundas	61.880
Guantes de nitrilo	71.389.056
Solución hidroalcohólica (biocida y cosmética).	935.312
Equipos de ventilación mecánica invasiva	4.781
Equipos de ventilación mecánica no invasiva	2.694

3.5.1 Objetivo de la reserva estratégica

Ante esta situación de mercados tensionados y con objeto de garantizar una rápida respuesta ante nuevas ondas epidémicas o emergencias de Salud Pública, se considera fundamental garantizar una reserva estratégica a nivel nacional de productos críticos que pueda cubrir las necesidades de España durante un periodo determinado y que corresponda a una cobertura concreta de las necesidades.

Los principios básicos para la creación de esta reserva estratégica son el de prudencia y eficiencia. Además, se configura con los siguientes criterios esenciales:



- La reserva nacional se concibe como un refuerzo a las reservas estratégicas que están articulando las comunidades autónomas.
- Debe dar cobertura a una estimación de necesidades calculada en base a los consumos semanales declarados por las comunidades autónomas, es decir, en base a la situación real vivida en esta pandemia en nuestro país.

Esto es así ya que no hay precedentes recientes en España de una situación similar, por lo que no es posible estimar qué número de personas podrían estar afectadas en una potencial segunda oleada de la pandemia. Tampoco se puede asegurar que la oleada coincida en el tiempo en todo el territorio nacional, o si se producirá una transmisión más espaciada como ocurre con otros virus respiratorios.

La reserva debe ser eficiente, es decir, se debe vincular la utilización del material a la vida útil de los productos (fechas de caducidad) garantizándose la reposición previa para disponer de la reserva íntegra.

El almacenaje y la logística de la reserva estratégica nacional serán asumido por la Administración General del Estado y el criterio de reparto, en caso de ser necesaria su activación, se realizará en base a los criterios de necesidad y equidad.

3.5.2 Criterios para el desarrollo de la reserva estratégica

La reserva estratégica se está realizando en función de la estimación de necesidades para cada producto en base a los consumos semanales reales declarados por las comunidades autónomas y considerando la disponibilidad de productos, tanto por las adquisiciones realizadas en esta pandemia como por las futuras coberturas derivadas de la capacidad de producción nacional. Los criterios son los siguientes:

- Cobertura (en unidades): para su determinación se consideran los consumos semanales reales declarados por las comunidades autónomas conforme a la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, es decir, a la situación vivida en esta pandemia en nuestro país.
- Periodo de cobertura (en semanas): se indica como periodo de cobertura adecuado ocho semanas.
- Capacidad de producción nacional: se considera la capacidad de producción nacional, existente o prevista, dado que la reserva se centra en aquellos productos sobre los que el mercado nacional no puede dar respuesta.

Conviene tener en cuenta que muchos de los equipos y materiales que formarán parte de esta reserva ya han sido adquiridos por el Gobierno de España. Otros, como los guantes o las mascarillas FFP3, se adquirirán mediante un Acuerdo Marco que el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria está gestionando conjuntamente con las comunidades autónomas. En este sentido, en los contratos de adquisición se incluirán cláusulas que permitan la renovación de los productos evitando de este modo su caducidad.

3.5.3 Productos que forman parte de la reserva

Los productos sanitarios que forman parte de la reserva son aquellos que se consideran necesarios atendiendo a la experiencia vivida, al conocimiento actual y a la capacidad de producción nacional. En base a ello, los productos de la reserva son los siguientes:



3.5.3.1 Equipos de protección individual y productos sanitarios

En el caso de los equipos de protección individual y de productos sanitarios se dará cobertura al 25% del consumo medio total declarado por las comunidades autónomas durante dos meses. Los elementos incluidos serán:

- Mascarillas quirúrgicas
- Mascarillas FFP2 y FFP3
- Gafas de protección
- Guantes
- Buzos
- Batas

En lo referente a las mascarillas quirúrgicas y las mascarillas FFP2 esta cantidad será superior, dada su disponibilidad tras la adquisición.

3.5.3.2 Técnicas diagnósticas

En relación a las técnicas diagnósticas está previsto que la reserva dé cobertura al 100% de las necesidades totales durante 15 días, considerando una realización de 50.000 técnicas diarias. Las cantidades estimadas son las siguientes:

- Reactivos para realizar PCR/TMA: 750.000 reacciones con sus reactivos.
- En caso de PCR/TMA debe incluir 750.000 de kits de toma de muestra.
- En caso de PCR, 750.000 de reactivos de extracción.

Respecto a los test serológicos, y dada la rápida evolución de la ciencia en este producto, se considera oportuno que únicamente formen parte de la reserva estratégica aquellas unidades que estén disponibles tras la adquisición ya realizada.

3.5.3.3 Medicamentos

En el caso de los medicamentos, se ha determinado la necesidad de incluir en la reserva algunos principios activos necesarios para el manejo clínico del COVID-19 cuyo consumo en las semanas de mayor ocupación hospitalaria y de unidades de UCI, llegó al límite de lo que las plantas de fabricación en España podían proporcionar. Tras el análisis, se ha concluido la necesidad de que los siguientes principios activos formen parte de la reserva: Cisatracurio, Midazolam, Propofol y Dexmedetomidina.

Este stock de medicamentos solo se utilizaría en el caso de que el canal de suministro farmacéutico regular no pudiera abastecer la demanda hospitalaria.

La cantidad se estima en función de las DDD (Dosis Diaria Definida) necesarias para cubrir el tratamiento de los pacientes críticos intubados con una ocupación de 2,5 veces las camas de UCI habituales durante 7 días y asumiendo que el 75% de los pacientes requieren ventilación mecánica:

- Cisatracurio: 45 kilos de sustancia activa (ya disponibles)
- Midazolam: 13.984 gramos
- Propofol: 125.740 gramos
- Dexmedetomidina: 60 gramos



3.5.3.4 Equipos de ventilación mecánica

En lo referente a los equipos de ventilación mecánica invasiva, el objetivo es que la reserva estratégica de estos equipos no esté almacenada, sino que esté en uso y a punto en aquellos espacios donde se vayan a desplegar las camas de críticos (Unidades de Recuperación Post-anestésica, Hospitales de Día, Urgencias, etc.).

Solo se almacenarán aquellos equipos que no pudieran ser absorbidos en la actividad habitual. Para el resto, se propone una estrategia basada en ubicar o reubicar los nuevos equipos con funcionalidades ventilatorias más avanzadas en las unidades de atención a pacientes críticos –es decir, en las Unidades de Cuidados Intensivos y Unidades de Reanimación– y renovar así el parque tecnológico.

4 RESPUESTA Y GESTIÓN DEL RIESGO

4.1 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y SISTEMA DE ALERTA PRECOZ

En esta fase de la pandemia el propósito de la prevención y control es evitar incrementos en la incidencia de COVID-19, para lo cual es esencial realizar un seguimiento y un control estrecho de la situación epidemiológica que evite un nuevo incremento en la incidencia de COVID-19.

Para ello, disponemos de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19^{****}, consensuada con todas las comunidades autónomas en la Ponencia de Alertas, Planes de Preparación y Respuesta, la Comisión de Salud Pública y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el pasado 5 de mayo.

Los **elementos clave para la vigilancia y la alerta** precoz son:

- **Aplicar los procedimientos de vigilancia** correspondientes según la estrategia vigente^{*****} (ver fuentes de información en Anexo V).
- **Reforzar los sistemas de información** necesarios para la **vigilancia epidemiológica y alerta precoz** en coordinación con el nivel asistencial, especialmente Atención Primaria.
- Garantizar una disponibilidad suficiente de **recursos humanos, tecnológicos y organizativos**, para responder a las obligaciones de los sistemas de vigilancia y alerta precoz manteniendo las actividades priorizadas en salud pública.
- Prever la necesidad de establecer la **vigilancia de enfermedades respiratorias** víricas ante la posible coexistencia del virus de la gripe y del SARS-CoV-2.

Los **objetivos de la vigilancia y alerta** precoz son:

- **Generar información epidemiológica** sólida y oportuna procedente de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica para la toma de decisiones
- Elaborar indicadores y **evaluar la situación epidemiológica** y detectar señales tempranas de riesgo, así como otras fuentes formales e informales para la obtención de señales tempranas de riesgo.

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

***** Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19

http://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf



- Identificación de cambios en la presentación de la enfermedad, especialmente en los **grupos vulnerables y pacientes crónicos**.
- Caracterizar la **situación inmune** de la población a partir de estudios de seroprevalencia en la comunidad y en ámbitos de especial riesgo (nosocomial, residencias). El interés de disponer de información periódica de seroprevalencia ha sido recogido en los nuevos indicadores de Vigilancia propuestos por el Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC).

En esta línea, el **Estudio Nacional de sero-Epidemiología** se propone llevar a cabo **tres rondas más de recogida de información** para conocer la situación de la circulación del virus al inicio del otoño (octubre), en invierno (febrero) y en primavera (mayo). Además, colectivos de especial interés (residencias de ancianos, personal sanitario y otros) no bien caracterizados en ENE-COVID, serán objeto de estudios específicos.

4.2 EVALUACIÓN DEL RIESGO

En base a las señales de alerta temprana detectadas a partir de las actividades inteligencia epidemiológica, el CCAES realizará una evaluación de riesgo en coordinación con la comunidad autónoma en el seno de la Ponencia de Alertas, Planes de Preparación y Respuesta para verificar las señales de alerta detectadas y evaluar el riesgo de brotes localizados o incrementos de la transmisión que conlleven la activación de una respuesta de rápida.

Además de un seguimiento diario de la información disponible en los diferentes niveles de las administraciones, el Ministerio de Sanidad realizará una valoración semanal por comunidad autónoma, en base a la información disponible correspondiente a cada una de ellas.

La evaluación de riesgo para cada comunidad autónoma tendrá en cuenta:

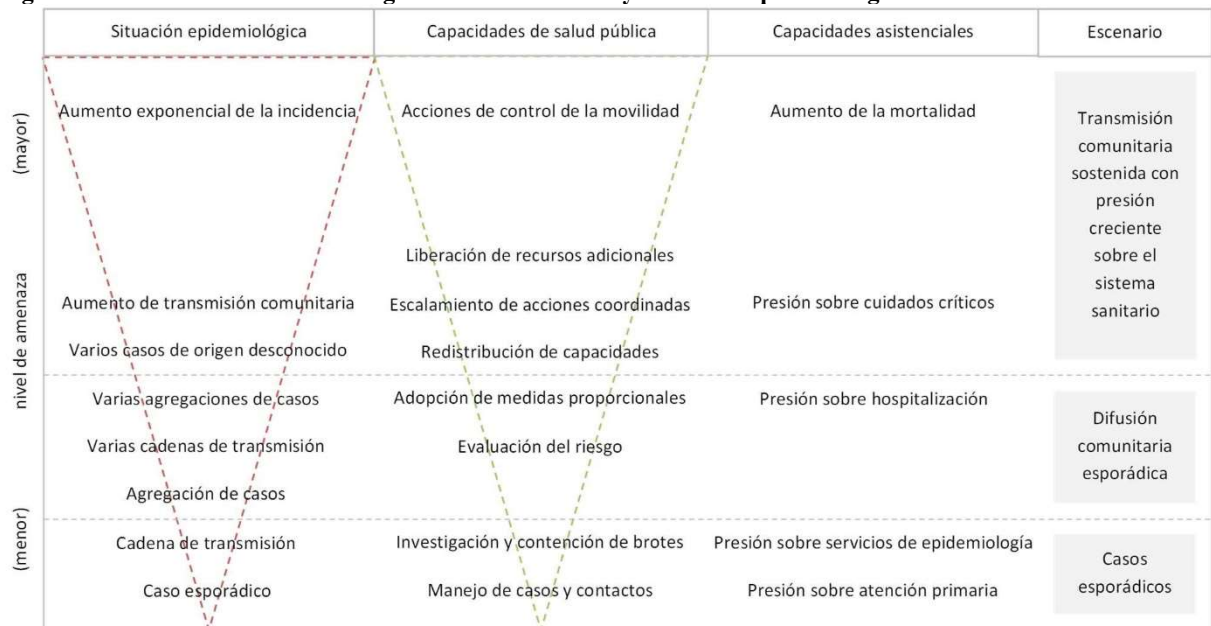
- El **ámbito territorial** que se está evaluando (local, autonómico o supra autonómico).
- Los indicadores relativos a la **capacidad de salud pública (situación y control epidemiológico) y capacidad asistencial (atención primaria y hospitalaria)** de cada territorio que se esté evaluando (ver Anexo VI).
- Las situaciones en las que pueda haber afluencia de población procedente de **países con mayor incidencia**.
- La **exposición**, considerando un mayor riesgo en aquellas situaciones o entornos con alta concentración de personas, donde haya una interacción directa, en espacios cerrados o en los que no se mantenga una distancia física de seguridad o en condiciones sociales desfavorecidas.
- Las características de la **población susceptible** expuesta, por ejemplo, los entornos con personas de edad avanzada o determinadas patologías crónicas, población vulnerable
- La posibilidad de adoptar **medidas de prevención** y control teniendo una especial consideración en el contexto de brotes epidémicos. Las medidas no farmacológicas, por ejemplo, en colectivos donde se hayan instaurado medidas de sectorialización o esté organizado en cohortes estancas, podrán considerarse intervenciones parciales. Las medidas farmacológicas incluyen el posible uso de vacunas o medicación específica, medidas que por el momento están en desarrollo.



El resultado de la evaluación **determinará la situación de riesgo** en la que se encuentra el territorio y determinará cuáles son las **medidas necesarias para contenerlo**. En este sentido, el Ministerio de Sanidad podrá proponer recomendaciones a cada una de las comunidades autónomas.

El marco de intervención según el nivel de amenaza y el escenario se recoge en la Figura 1. Un mayor nivel de amenaza supondrá una presión mayor sobre el sistema sanitario y por tanto requerirá una intervención de salud pública más enérgica. En general, las instituciones deben prepararse para responder a cualquier escenario de salud pública, asumiendo que no existe un enfoque único para todos en la gestión de los casos y los brotes de COVID-19.

Figura 1: Marco de escalamiento según nivel de amenaza y escenario epidemiológico.



4.3 RESPUESTA GENÉRICA

Una vez realizada la evaluación de riesgo se adoptarán las medidas que sean necesarias para el control de la propagación en el ámbito local.

Si la situación epidemiológica sufre un agravamiento o las capacidades de respuesta se ven superadas, o el evento puede propagarse por varios territorios, fuera de la comunidad autónoma de origen, se podrán declarar la necesidad de adoptar actuaciones coordinadas en salud pública. Además de las mencionadas, estas situaciones pueden incluir:

- Una situación epidemiológica con un aumento, de forma sostenida en el tiempo, en el número de casos en los que no se encuentra un vínculo epidemiológico.
- Eventos súper-diseminadores.
- Evidencia de transmisión en eventos de masas.
- Afectación importante en población vulnerable con detección de un aumento de casos graves.
- Necesidad de implementar acciones sobre el control de la movilidad a nivel nacional o internacional.



En este contexto, las estructuras de coordinación, en determinados casos, permiten poner a disposición de las comunidades autónomas otras capacidades y recursos adicionales disponibles, por ejemplo, la reserva estratégica, o el control de la movilidad.

Hay que tener en cuenta que cuando la presión sobre el sistema asistencial se incrementa puede ser necesario adoptar medidas excepcionales. En este sentido, las medidas encaminadas a la reducción de la movilidad de las personas, se han mostrado altamente efectivas^{*****} para controlar la transmisión del SARS-CoV-2 cuando el virus alcanza un elevado nivel de difusión. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este tipo de medidas suponen un elevado coste social y económico, por lo que conviene implementarlas estudiando la situación caso por caso.

A continuación, se presenta un esquema de la activación progresiva de medidas de respuesta ante el empeoramiento de las situaciones epidemiológicas.

Brotos controlados o casos esporádicos limitados	Brotos complejos o transmisión comunitaria esporádica	Transmisión comunitaria no controlada
MEDIDAS GENERALES		
Actuaciones continuas <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar las capacidades asistenciales y de salud pública. • Implementar las medidas de prevención y protección colectiva. • Identificación y acopio de proveedores de recursos estratégicos. • Evaluación continua de los resultados de la vigilancia epidemiológica. • Controles en puertos, aeropuertos y fronteras. 	Medidas adicionales <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución sobre el terreno de las capacidades asistenciales y de salud pública • Redistribución de capacidades asistenciales entre comunidades autónomas • Distribución y reposición de recursos estratégicos. 	Medidas adicionales <ul style="list-style-type: none"> • Acciones simultáneas de confinamiento en todo el territorio estatal o en territorios específicos. • Actuaciones relacionadas con el control de la movilidad y el transporte.
MEDIDAS DE COMUNICACION		
Actuaciones continuas: <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de las medidas generales: higiene de manos, higiene respiratoria, distancia interpersonal y uso obligatorio de mascarillas. • Informar sobre la situación epidemiológica y el riesgo asociado. • Informar sobre el riesgo asociado a desplazamientos nacionales e internacionales y razones para limitar los viajes. • Monitorizar la opinión de la población. 	Medidas adicionales <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar los mensajes sobre las medidas de prevención, higiene y distanciamiento físico. • Aumentar la concienciación sobre la responsabilidad individual y colectiva. • Explicar las razones para limitar los aforos y el cierre de establecimientos. • Fomentar la transparencia y los mensajes alineados entre instituciones. 	Medidas adicionales <ul style="list-style-type: none"> • Explicar las razones para limitar la movilidad.

^{*****} Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7>



MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA		
<p>Actuaciones continuas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recomendación de permanecer en el domicilio y buscar asistencia médica en presencia de síntomas compatibles	<p>Medidas adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recomendación de permanecer en el domicilio si se tiene una condición de especial vulnerabilidad a padecer formas graves de la enfermedad.• Restricción de las visitas familiares a centros sanitarios y sociales de tipo residencial.• Adopción de las medidas de prevención y control en todos los ámbitos (control de horarios, refuerzo de la limpieza, sectorización de espacios).• Cierre de parcial o total de los centros pertenecientes a los ámbitos afectados (educativo, socio sanitario, laboral...).• Cierre de establecimientos de ocio nocturno.• Reducción de aforos en establecimientos cerrados con una elevada concurrencia de personas, celebraciones religiosas y velatorios (50%).• Aplazamiento, reorganización o restricción de eventos con una elevada concentración de personas.• Limitación de los horarios de atención al público.• Establecimiento de franjas horarias preferentes para la atención a grupos vulnerables.• Recomendación de relacionarse en grupos reducidos (< 20 personas).	<p>Medidas adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recomendación de limitar de la movilidad.• Refuerzo de las medidas para controlar la movilidad (transporte, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado).• Recomendación de relacionarse en grupos reducidos (< 10 personas).• Cierre de establecimientos con elevada asistencia de personas o actividades de alto riesgo.• Cancelación de eventos con una elevada concentración de personas.

4.4 RESPUESTAS EN ENTORNOS ESPECÍFICOS

Este apartado recoge las medidas específicas para gestionar las eventualidades y la escalada de las intervenciones en determinados entornos, así como otras actuaciones excepcionales. Estas medidas pueden adoptarse en varios ámbitos simultáneamente siguiendo el principio de proporcionalidad en función del nivel de amenaza. Para facilitar su cumplimiento es necesario implementar una estrategia de comunicación que transmita los mensajes necesarios de forma contextualizada apoyada en las redes comunitarias.



4.4.1 Centros educativos

Los centros educativos son espacios de convivencia donde es necesario el establecimiento de medidas de prevención, higiene y promoción de la salud⁺⁺⁺⁺⁺ que posibiliten que sean entornos seguros y saludables y que se pueda realizar una detección precoz y adecuada gestión de los casos, en función de lo establecido por la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control.

- Los centros escolares deben colaborar con la transmisión de información a Salud Pública para la recopilación y verificación de la información para poder planificar e intervenir de forma adecuada.
- Los centros escolares deben disponer de un protocolo de actuación ante la detección de un caso compatible con COVID-19 que garantice el aislamiento del caso y su notificación al sistema sanitario.
- La detección de un brote debe ir acompañada de una evaluación del riesgo, en coordinación con Salud Pública. Según el resultado de la evaluación se adoptarán medidas de forma escalonada, que entre otras incluyen:
 - o La intensificación de las medidas de prevención⁺⁺⁺⁺⁺ y medidas no farmacológicas.
 - o El cierre parcial de una cohorte estanca (grupo de convivencia estable), el cierre de un nivel escolar, o el cierre de un grupo de aulas con actividades compartidas.
 - o El cierre completo del centro escolar, así como de todos los centros escolares de un territorio delimitado si el nivel de riesgo así lo recomienda.
 - o Una alternativa al cierre de los centros escolares es permitir modalidades de educación mixta (combinando educación a distancia y presencial) teniendo en cuenta las necesidades del alumnado más vulnerable, con distintas capacidades, incluyendo las capacidades tecnológicas que le permitan seguir el curso a distancia.
- Las autoridades sanitarias mantendrán un contacto fluido y continuado con los centros escolares para explicar la situación con el fin de adecuar el nivel de riesgo percibido al nivel real, así como la transmisión en tiempo y de manera comprensible y accesible de las medidas de prevención, higiene y promoción de la salud necesarias para el control de la transmisión.

Tabla 1: Actuaciones en centros escolares

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control.

⁺⁺⁺⁺⁺ Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para los centros educativos en curso 2020-2021
<http://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:7e90bfc0-502b-4f18-b206-f414ea3cdb5c/medidas-centros-educativos-curso-20-21.pdf>

⁺⁺⁺⁺⁺ Medidas de prevención e higiene frente a COVID-19 para la reapertura parcial de centros educativos en el curso 2019-2020
<https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:52e023fd-339f-48af-96f1-ddd6ad77c4fd/20200514-medidassanitarias-para-reapertura-centros-fase-2-final.pdf>



Medidas de preparación	Medidas de contención	Medidas de contención
<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con salud pública para el intercambio de información. • Aplicación de las recomendaciones recogidas en las <i>Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para centros educativos</i>§§§§§§ • Garantizar entornos seguros y saludables. • Realizar una detección precoz de los casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Notificación a salud pública • Coordinación con Atención Primaria • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos estrechos o grupo de convivencia estable 	<ul style="list-style-type: none"> • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Intensificar las medidas de prevención y control • Cierre parcial de un grupo un centro (cohorte estancia) • Cierre total de un centro • Cierre de un grupo de centros con vínculos epidemiológicos. • Cierre de todos los centros de un territorio. • Modalidades mixtas (presencial y a distancia)

4.4.2 Centros sanitarios

- Los centros sanitarios deben colaborar con la transmisión de información de calidad a salud pública para la recopilación y verificación de la información para poder planificar e intervenir de forma adecuada (tabla 2).
- La detección de un caso debe notificarse con la diligencia requerida a las autoridades sanitarias para adoptar las medidas oportunas como son el aislamiento del caso y la indicación de cuarentena a los contactos estrechos.
- Los Servicios de Medicina Preventiva (SMP) y de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) de los centros deben realizar una evaluación de riesgo para determinar el riesgo de propagación.
- Se deben aplicar las recomendaciones para la Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19^{*****} y evaluar la aplicación de las políticas de prevención y control de la infección en todos los centros.
- Se debe garantizar la formación por parte de los SMP y SPRL de todo el personal habitual y de nueva incorporación sobre las medidas de prevención e higiene y sobre la utilización de equipos de protección individual, así como fortalecer los programas de seguridad del paciente⁺⁺⁺⁺⁺⁺.
- Garantizar un servicio de atención personalizada de Salud Mental a los trabajadores y poner en marcha un programa de prevención de posibles alteraciones de la salud mental.
- Implementar los programas de prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria^{§§§§§§} y estrategias de programación quirúrgica segura^{*****}.

§§§§§§ Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para los centros educativos en curso 2020-2021
<http://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:7e90bfc0-502b-4f18-b206-f414ea3edb5c/medidas-centroeducativos-curso-20-21.pdf>

***** Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf

++++++ Declaración del comité asesor del programa de seguridad de pacientes críticos del ministerio de sanidad

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Declaracion_del_Comite_Asesor_del_Programa_de_Seguridad_de_Pacientes_Criticos.pdf

§§§§§§ Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Cirugia_electiva.pdf

§§§§§§ Declaración del comité asesor del programa de seguridad de pacientes críticos del ministerio de sanidad

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Declaracion_del_Comite_Asesor_del_Programa_de_Seguridad_de_Pacientes_Criticos.pdf

***** Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/COVID19_Cirugia_electiva.pdf



Tabla 2: Actuaciones en centros sanitarios

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>	<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>	<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>
<p>Medidas de preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Caracterización del riesgo para pacientes coordinada por los SMP y evaluación del Riesgo de los trabajadores por parte de los SPRL • Aplicación de las recomendaciones para la Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19^{††††††††} • Formación sobre las medidas de precaución • Formación sobre la utilización de equipos de protección individual • Fortalecer los programas de seguridad del paciente^{††††††††, §§§§§§§§} 	<p>Medidas de contención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a los SMP • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos estrechos • Evaluar la aplicación de las políticas de prevención y control de la infección: sistemas de triaje, sectorización de los espacios, establecimiento de circuitos, etc. 	<p>Contención intensificada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a los SMP • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Intensificar las medidas de prevención y control • Restricción del acceso a visitantes • Valorar la realización de estudios de cribado (PCR) o serología

4.4.3 Centros sociales y centros socio-sanitarios residenciales

La COVID-19 ha tenido un gran impacto en este tipo de centros debido a sus características especiales, donde se da un contacto estrecho de personas altamente vulnerables. Es prioritario por lo tanto evitar la introducción del virus en estos centros para lo que se recomienda seguir las actualizaciones de las recomendaciones propuestas por las autoridades sanitarias^{*****}.

- Los centros sociales y los centros socio-sanitarios de tipo residencial públicos y privados deben colaborar en la recopilación, verificación y notificación de los datos para poder planificar e

^{††††††††} Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf

^{§§§§§§§§} Declaración del comité asesor del programa de seguridad de pacientes críticos del ministerio de sanidad

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Declaracion_del_Comite_Asesor_del_Programa_de_Seguridad_de_Pacientes_Criticos.pdf

^{§§§§§§§§} Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia

COVID-19 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Cirugia_electiva.pdf

^{*****}

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Residencias_y centros sociosanitarios COVID-19.pdf



- intervenir de forma adecuada. Se recomienda la adopción de sistemas de vigilancia reforzados en estos entornos.
- Los centros socio sanitarios deben disponer de un plan de contingencia adaptado a las características de cada centro y dirigidos a la prevención y a la respuesta ante la eventual aparición de casos de COVID-19.
 - La detección de un caso en un centro social o socio-sanitario de tipo residencial es indicativo de brote y debe notificarse a las autoridades sanitarias para adoptar las medidas oportunas, como son el aislamiento del caso y la indicación de cuarentena de los contactos estrechos, tal y como se indica en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control. Se realizará una búsqueda activa de casos y se valorará hacer estudios de cribado en el resto de residentes y profesionales si la situación lo requiere.
 - La escalada de medidas en el entorno local ante situaciones de transmisión comunitaria esporádica y comunitaria no controlada podrá incluir:
 - o La restricción de las visitas sin vinculación profesional con el centro, a no ser que sea estrictamente necesario.
 - o Valorar la restricción de las salidas del centro para los residentes según la evaluación del riesgo local.
 - o Cambios organizativos como la sectorización de los espacios, utilización cita previa o la organización en cohortes fijas.
 - Las autoridades competentes y las autoridades sanitarias mantendrán un contacto fluido y continuado con los responsables de los centros para comunicar la situación y valorar conjuntamente la implementación de medidas oportunas.

Tabla 3: Actuaciones en centros socio sanitarios

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p> <p>Definición de estrategias de cribados aleatorios, secuenciales u oportunistas</p>	<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p> <p>Definición de estrategias de cribados aleatorios, secuenciales u oportunistas</p>	<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p> <p>Definición de estrategias de cribados aleatorios, secuenciales u oportunistas</p>
<p>Medidas de preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Es prioritario evitar la introducción del virus en los centros • Implementar todas las recomendaciones contenidas en el plan de contingencia para la situación de ausencia de casos. • Aplicación de las recomendaciones de las autoridades sanitarias 	<p>Contención intensificada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos • Intensificar las medidas de prevención y control • Búsqueda activa de casos • Restricción del acceso a visitantes • Restricción de las salidas del centro a las personas residentes • Activar los planes de contingencia • Activar la sectorización de los espacios • Valorar la realización de estudios de cribado (PCR) o serología 	



4.4.4 Centros penitenciarios

Aunque no ha tenido un gran impacto en los centros penitenciarios debido a las medidas de aislamiento precoz que se pusieron en marcha al inicio de la pandemia, por sus características especiales y con un contacto estrecho de personas con patologías crónicas, la aparición de un brote de COVID-19 en uno de estos centros podría suponer un grave problema. Es prioritario por lo tanto evitar la introducción del virus en los centros penitenciarios para lo que se recomienda seguir las actualizaciones de las recomendaciones propuestas por las autoridades sanitarias^{††††††††}.

- Los centros penitenciarios deben colaborar en la recopilación, verificación y notificación de los datos para poder planificar e intervenir de forma adecuada. Se recomienda la adopción de sistemas de vigilancia reforzados en estos entornos.
- Los centros penitenciarios deben disponer de un plan de contingencia adaptado a las características específicas de cada centro y dirigidos a la prevención y a la respuesta ante la eventual aparición de casos de COVID-19.
- La detección de un caso en un centro penitenciario debe notificarse a las autoridades sanitarias inmediatamente para adoptar las medidas oportunas, como son el aislamiento del caso y sus contactos íntimos, así como la indicación de cuarentena del módulo residencial. Se realizará una búsqueda activa de casos y se valorará hacer estudios de cribado en el resto de residentes y profesionales si la situación lo requiere.
- La escalada de las medidas en el entorno local podrá incluir:
 - o La cuarentena de las personas que ingresen en el centro penitenciario y que regresen de un permiso de salida, según la evaluación del riesgo local.
 - o La restricción de las visitas a las personas privadas de libertad que supongan un contacto físico, a no ser que sea estrictamente necesario por razones profesionales.
 - o La restricción de las salidas de permiso para los residentes del centro penitenciario, según la evaluación del riesgo local.
 - o El aislamiento completo del centro penitenciario, así como de todos los centros penitenciarios de un territorio delimitado si el nivel de riesgo así lo recomienda.
- Las autoridades competentes y las autoridades sanitarias mantendrán un contacto fluido y continuado con los responsables de los centros para comunicar la situación y valorar conjuntamente la implementación de medidas oportunas.

††††††††

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Nueva_Normalidad_en_Instituciones_Penitenciarias_a_la_finalizacion_del_estado_de_alarma.pdf



Tabla 4: Actuaciones en centros penitenciarios

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control
Medidas de preparación <ul style="list-style-type: none">• Colaboración con salud pública para el intercambio de información• Es prioritario evitar la introducción del virus en los centros• Implementar todas las recomendaciones contenidas en el plan de contingencia para la situación de ausencia de casos.• Aplicación de las recomendaciones de las autoridades sanitarias	Contención intensificada <ul style="list-style-type: none">• Notificación a salud pública de la Comunidad Autónoma y de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.• Evaluación del riesgo• Aislamiento del caso• Aislamiento de contactos íntimos• Cuarentena del módulo residencial• Aislamiento completo del centro penitenciario• Intensificar las medidas de prevención y control• Búsqueda activa de casos• Cuarentena de las personas que ingresen en el centro penitenciario y que regresen de un permiso de salida• Restricción de las visitas a las personas privadas de libertad que supongan un contacto físico• Restricción de las salidas de permiso a las personas residentes en el centro penitenciario• Activar los planes de contingencia• Valorar la realización de estudios de cribado (PCR) o serología	

4.4.5 Entorno laboral

Los centros de trabajo son ámbitos donde el riesgo de exposición es muy heterogéneo y la caracterización del mismo debe hacerse de forma coordinada con los servicios de prevención de riesgos laborales y los agentes sociales implicados.

- Los centros de trabajo y los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL) deben colaborar para la recopilación, registro y verificación de la información para poder planificar e intervenir de forma adecuada.
- La detección de un caso debe ponerse en conocimiento del servicio de prevención de riesgos laborales y notificarse con diligencia a las autoridades sanitarias para adoptar las medidas oportunas, como son el aislamiento del caso y la indicación de cuarentena de los contactos estrechos.
- La detección de un brote debe ir acompañada de una evaluación del riesgo del servicio de prevención de riesgos laborales en coordinación con Salud Pública de propagación de la enfermedad. Entre las opciones de escalada de las medidas de respuesta se pueden considerar las siguientes:
 - o la intensificación de las medidas de prevención en el centro laboral,
 - o el cierre del espacio afectado, si se ha organizado en sectores independientes, o el cierre del centro de trabajo.



- Se deben actualizar los planes de continuidad para garantizar un nivel de actividad laboral en previsión de un incremento de la incidencia.
- Las medidas de distanciamiento en el entorno laboral contemplan la flexibilidad en el horario de trabajo, la posibilidad de trabajar desde el domicilio, realizar reuniones por video-conferencia, fomentar medidas de distanciamiento físico dentro del espacio de trabajo, turnos escalonados, la promoción del uso de medidas de protección individual, etc. Cada sector de actividad deberá adecuar las medidas de prevención al riesgo del trabajo desempeñado^{*****}.
- Las autoridades sanitarias mantendrán un contacto fluido y continuado con el servicio de prevención de riesgos laborales para valorar conjuntamente la situación e implementar medidas acordes con el riesgo de forma coordinada.
- La Inspección de Trabajo^{§§§§§§§§} está habilitada para vigilar y requerir, y en su caso, extender actas de infracción, en relación con el cumplimiento por parte de las empresas de las medidas de salud pública establecidas para la protección de los trabajadores.

Tabla 4: Actuaciones en centros laborales

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>	<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>	<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>
<p>Medidas de preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Caracterización del riesgo para personas trabajadores coordinada por los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL) • Aplicación de las recomendaciones recogidas en el Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2^{*****} • Garantizar entornos seguros y saludables • Realizar una detección precoz de los casos 	<p>Medidas de contención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a los SPRL/Atención Primaria • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos estrechos 	<p>Medidas de contención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a los SPRL • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Intensificar las medidas de prevención y control: fomentar el teletrabajo, flexibilizar horarios, suspender las reuniones presenciales, etc. • Cierre del espacio afectado si se ha organizado en sectores independientes • Cierre del centro de trabajo

^{*****} Se puede consultar más información en el Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/PrevencionRLLL_COVID-19.pdf

^{§§§§§§§§} En virtud de la modificación del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, que tuvo lugar mediante el Real Decreto-ley 26/2020, de 7 de julio.

^{*****} Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/PrevencionRLLL_COVID-19.pdf



4.4.6 Poblaciones socialmente vulnerables

Determinados contextos con poblaciones en situación de vulnerabilidad o exclusión social pueden dificultar el manejo de los casos y el control de la enfermedad, así como suponer un riesgo adicional para la propagación de la transmisión de la enfermedad. En estos casos, se debe:

- Garantizar que todas las personas socialmente vulnerables tienen acceso los servicios de prevención, diagnóstico y atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, especialmente si están diagnosticadas de COVID-19 o han estado en contacto estrecho con un caso.
- Garantizar espacios adecuados para las medidas de aislamiento o cuarentena, cuando las viviendas no reúnen las condiciones necesarias. Los espacios cerrados, mal ventilados y con hacinamiento suponen un riesgo especialmente elevado de propagación del SARS-CoV-2.
- Abordar los determinantes sociales en el riesgo de propagación y tenerlos en cuenta para modular la intensidad de las intervenciones.

Tabla 5: Actuaciones en entornos socialmente vulnerables

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>	<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>	<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>
<p>Medidas de preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Garantizar el acceso a los servicios de salud. • Aplicación de las recomendaciones para <i>La actuación en asentamientos segregados y barrios altamente vulnerables</i>^{††††††††††} y los <i>Servicios sociales de atención a personas sin hogar</i>^{††††††††††} 	<p>Medidas de contención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos estrechos • Asegurar la disponibilidad de espacios para aplicar la cuarentena y el aislamiento 	<p>Contención intensificada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Intensificar las medidas de prevención y control • Cierre del espacio afectado si se ha organizado en sectores independientes • Valorar la realización de estudios de cribado (PCR) o serología

^{††††††††††} Documento técnico de recomendaciones de actuación de los servicios sociales ante la crisis por COVID-19, en asentamientos segregados y barrios altamente vulnerables

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Recomendaciones_actuacion_COVID_asentamientos_y_barrios_vulnerables_27_3_2020.pdf

^{††††††††††} Documento técnico de recomendaciones de actuación ante la crisis por COVID-19, para los gestores de servicios sociales de atención a personas sin hogar.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Recomendaciones_GESTORES_servicios_Ps_SIN_HOGAR_y_COVID-19.pdf



4.4.7 Migrantes que acceden de forma irregular

Las personas que llegan a España por vías migratorias irregulares, sin atravesar puntos fronterizos oficiales (en muchos casos mediante embarcación tipo patera a las zonas costeras o saltando vallas fronterizas), son una población especialmente vulnerable frente al COVID-19, ya que durante su viaje migratorio pasan por condiciones de hacinamiento y precariedad que aumentan claramente el riesgo de infección.

Por esta razón es importante detectar los casos de COVID-19 entre estas personas de forma precoz, mediante la asistencia sanitaria oportuna, y la aplicación de las medidas de prevención y control para evitar la difusión de la enfermedad.

Por todo ello, se adoptarán medidas específicas para el diagnóstico precoz de las personas que acceden a nuestro país de forma irregular, que serán establecidas en el correspondiente protocolo que ya está siendo trabajado con las autoridades sanitarias autonómicas.

4.4.8 Entornos con alta concentración de personas

Se ha observado un aumento del riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 en aquellos establecimientos o eventos con una elevada concentración de personas, en espacios cerrados y mal ventilados, donde se da un contacto estrecho entre quienes asisten ante la introducción de personas infectadas.

Fuera del ámbito sanitario y socio-sanitario se ha vinculado la aparición de brotes al tipo de espacios y actividades que reúnen estas características, especialmente si las personas hablan en voz alta o cantan, dado que un mayor volumen de la voz parece estar asociado con una mayor propagación de gotas respiratorias.

Estos entornos incluyen actividades y eventos religiosos, culturales o deportivos. También otros establecimientos donde puedan darse aglomeraciones como por ejemplo la hostelería, establecimientos turísticos, velatorios o lugares de culto.

- La decisión de cancelar un evento o cerrar un establecimiento debe seguir a una evaluación del riesgo^{§§§§§§§§§§} teniendo en cuenta la situación epidemiológica local y gravedad de la epidemia, y el momento, la duración, el tipo del lugar de reunión (interior/exterior), el tamaño del evento y la zona de procedencia de los asistentes (afectados o no afectados), entre otros.
- En establecimientos en los que haya una elevada concurrencia de personas, puede considerarse la implementación de medidas de contención especialmente orientadas a la disminución del contacto entre personas, como la limitación o reducción de los aforos, el cierre de los espacios comunes o el cierre total del lugar.
- En caso de eventos o actividades que puedan suponer una afluencia masiva de personas, las medidas pueden incluir la cancelación, el aplazamiento o la reorganización de un evento y otras medidas organizativas de mitigación de riesgos, así como mecanismos de reembolso que faciliten que las personas con síntomas no acudan a los eventos en los que se prevé una concentración de personas.

^{§§§§§§§§§§} Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España
https://premsssi.msc.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/COVID19_Recomendaciones_eventos_masivos.pdf



Tabla 6: Actuaciones en entornos con alta concentración de personas

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>	<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>	<p>Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública</p> <p>Implementación de medidas de higiene, prevención y control</p>
<p>Medidas de preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Aplicación de las recomendaciones para Eventos y actividades multitudinarias***** 	<p>Medidas de contención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos estrechos • Adoptar medidas para reducir el contacto entre personas 	<p>Contención intensificada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Intensificar las medidas de prevención y control • Reducir el aforo de los establecimientos • Cierre de los establecimientos • Aplazamiento, reorganización o cancelación de un evento

5 REFUERZO DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD EXTERIOR

El principal objetivo al declarar una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) es garantizar la seguridad sanitaria mediante la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, 2005 (RSI-2005), cuya finalidad y alcance es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico de personas y mercancías y el comercio internacional.

En el momento actual, la situación de ESPII originada por COVID-19 se mantiene, y muchos países y zonas del mundo se encuentran en una situación epidemiológica muy desfavorable. El Comité de Emergencias de la Organización Mundial de la Salud ha insistido a los países a estar preparados para contener la enfermedad e interrumpir la propagación del virus, adoptando medidas firmes para detectar, aislar y tratar los casos de manera precoz, hacer seguimiento de los contactos y promover medidas de distanciamiento social acordes con el riesgo.

Asimismo, ha recomendado aplicar medidas adecuadas en materia de viajes, teniendo en cuenta sus beneficios para la salud pública, en particular en el cribado de entrada y salida, la educación de los viajeros sobre un comportamiento responsable durante los viajes, la localización de casos, y el rastreo, aislamiento y cuarentena de los contactos.

***** Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/COVID19_Recomendaciones_eventos_masivos.pdf



Por tanto, en el escenario actual de control, es prioritario mantener los mecanismos adecuados en los puntos de entrada para prevenir la llegada en España de casos de COVID-19 procedentes del extranjero que pudieran generar brotes en nuestro país.

Desde el punto de vista competencial cabe recordar que, con arreglo a lo previsto en el artículo 149.1.16ª de la Constitución Española, el Ministerio de Sanidad tiene competencia exclusiva en materia de Sanidad Exterior. Son actividades de su competencia todas aquellas que se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.

Por ello, teniendo presente en el ámbito aeroportuario lo contemplado en las Directrices EASA/ECDC (siglas en inglés de la Agencia Europea de Seguridad Aérea y del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, respectivamente) y en base a las recomendaciones internacionales de salud pública en el marítimo, se han establecido los necesarios controles sanitarios en puertos y aeropuertos, para limitar la introducción de casos importados y avanzar en la consecución de un entorno seguro desde el punto de vista sanitario que ofrezca también confianza a los viajeros.

5.1 Controles sanitarios en puertos y aeropuertos

Corresponde al Ministerio de Sanidad determinar los controles sanitarios necesarios a los que deben someterse todos los pasajeros que lleguen a España por vía aérea o marítima, así como el alcance de dichos controles, siendo el responsable de su ejecución⁺⁺⁺⁺⁺.

En este sentido, siguiendo las directrices operativas para la gestión de pasajeros aéreos y personal de aviación en relación con la pandemia COVID-19⁺⁺⁺⁺⁺, elaborados por la Agencia de la Unión Europea de Seguridad Aérea (EASA) y el Centro Europeo para la Prevención y Control de enfermedades (ECDC), y aprobadas por el Comité Español de Facilitación del Transporte Aéreo debidamente adaptadas para España, dichos controles sanitarios incluyen la toma de la temperatura, un control documental y un control visual sobre el estado del pasajero.

En lo que se refiere al control de temperatura, se realiza de modo rutinario con el fin de identificar viajeros con fiebre. Se establece como límite de detección una temperatura igual o superior a 37,5 °C. La toma de la temperatura debe hacerse mediante termómetros sin contacto o por cámaras termográficas. No se almacenan datos personales ni las imágenes captadas por las cámaras termográficas, garantizándose la privacidad del pasajero en todo momento.

Las compañías navieras, bajo la supervisión de Sanidad Exterior, también toman la temperatura a los pasajeros en viaje internacional antes de su llegada a puerto español, siguiendo lo establecido en los protocolos.

En lo que se refiere al control documental, los pasajeros con origen en cualquier aeropuerto o puerto situado fuera del territorio español, deben cumplimentar un formulario de Salud Pública⁺⁺⁺⁺⁺ que permita realizar una evaluación del pasajero en relación con la COVID-19 y facilitar la localización

⁺⁺⁺⁺⁺ Resolución de 29 de junio de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, relativa a los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España.

⁺⁺⁺⁺⁺ https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EASA-ECDC_COVID-19_Operational-guidelines-formanagement-of-passengers.pdf

⁺⁺⁺⁺⁺ El formulario está basado en el Passenger Location Card contemplada en el anexo 9 sobre facilitación de la Convención Internacional de la Aviación Civil.



de los contactos estrechos de casos confirmados que hayan coincidido en los medios de transporte internacional durante su periodo de transmisibilidad.

La cumplimentación del formulario de Salud Pública se debe realizar antes de llegar a España por vía electrónica a través de la dirección de internet: www.spth.gob.es o en mediante la aplicación gratuita SPAIN TRAVEL HEALTHSpTH. Una vez cumplimentado el formulario se facilitará al pasajero un código QR que debe presentar en los controles sanitarios a la llegada a España.

A tal efecto, las agencias de viaje, los operadores turísticos y las compañías de transporte aéreo o marítimo y cualquier otro agente que comercialice billetes aéreos vendidos aisladamente o como parte de un viaje combinado, deben informar a los pasajeros de la obligatoriedad de presentar el formulario de Salud Pública en el aeropuerto o puerto de destino.

Dichas medidas forman parte de un sistema global de detección de casos importados, complementarias e integradas en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control del COVID-19, cuyo éxito vendrá determinado por la identificación precoz de los mismos y la inmediata adopción de las oportunas medidas de control que impidan la difusión incontrolada de la enfermedad. Con este objetivo, Sanidad Exterior facilitará a las autoridades sanitarias autonómicas la información sobre los pasajeros que van a tener como residencia su ámbito territorial para la adopción de las medidas de seguimiento y control que correspondan, mediante un convenio de colaboración.

Aquellos pasajeros con una temperatura superior a 37,5°C, o aquellos en los que, en base a la información contenida en el formulario de Salud Pública, o tras el control visual se sospeche que pudieran padecer COVID-19 u otra patología transmisible, son sometidos a una evaluación sanitaria, con el fin de determinar si existe sospecha de riesgo para la Salud Pública. Dicho control secundario incluye una nueva toma de la temperatura y una evaluación del estado clínico y epidemiológico por parte de profesionales sanitarios.

Si se confirma la sospecha de que el pasajero padece COVID-19 u otra patología que pueda suponer un riesgo para la Salud Pública, se activan los protocolos establecidos para la realización de una prueba diagnóstica, si procede, y su derivación a un centro sanitario y en coordinación con las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas.

5.2 Colaboración con los gestores aeroportuarios y portuarios

La implementación de los controles sanitarios previstos se realiza con la colaboración y en coordinación con los gestores aeroportuarios y portuarios. En el caso de aeropuertos, AENA pone a disposición de los servicios centrales y periféricos de Sanidad Exterior los recursos humanos sanitarios y de apoyo necesarios con el fin de garantizar el control sanitario de la entrada de pasajeros de vuelos internacionales, mientras que en el caso de los puertos de interés general, son las Autoridades Portuarias*****.

En este sentido, desde el pasado 21 de junio, coincidiendo con la apertura de la circulación en el espacio Schengen a excepción de Portugal, estos procesos de control se han reforzado con la contratación e incorporación de 100 nuevos efectivos pertenecientes a empresas auxiliares y otras que prestan servicios aeropuertos.

***** Disposición adicional primera y segunda del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.



Más recientemente, se han adjudicado dos contratos que permiten que haya más de 650 personas de apoyo trabajando en los controles que realiza Sanidad Exterior desde el día 1 de julio, coincidiendo con la apertura de fronteras de Portugal y de algunos terceros países siguiendo la Recomendación del Consejo de la Unión Europea sobre la restricción temporal de los viajes no esenciales a la UE adoptada el 30 de junio. Este importante refuerzo permite prestar el servicio en los 26 aeropuertos que inicialmente reciben vuelos internacionales.

Esta cifra se irá adaptando en función de las necesidades, dado que el total de personas contratadas por AENA supera las 1.000, de las cuales 402 son profesionales sanitarios.

Asimismo, para facilitar los controles de temperatura, se han desplegado 219 cámaras termográficas que, con la implantación de la presentación telemática del formulario de Salud Pública, permiten agilizar los procedimientos de control, disminuyendo con ello el impacto en la operatividad aeroportuaria.



Anexo I- Lista verificación de Salud Pública

COORDINACIÓN	
Establecimiento de un equipo de Respuesta a la Alerta COVID	En cada comunidad y a nivel central debe disponerse de un equipo de respuesta a la alerta COVID-19. Debe incluir al menos representantes de atención primaria, hospitalaria, salud laboral, servicios sociales, protección civil y estará coordinado por salud pública.
	El equipo debe elaborar y difundir un procedimiento operativo estandarizado en el que: <ul style="list-style-type: none"> -se establecen las responsabilidades y funciones de cada uno de los miembros. -se detallan los circuitos de comunicación internos y externos con atención primaria, hospitales, responsables socio sanitarios y protección civil. - se definen los grupos asesores externo y comités de personas expertas (incluyendo aspectos éticos y legales) que apoyaran la toma de decisiones
Coordinación interna entre servicios	Se debe designar al menos una persona de enlace en todos los servicios y se dispondrá de un listado actualizado de todos ellos fácilmente accesible
Coordinación con actores externos	Se debe disponer de un listado actualizado fácilmente accesible de los contactos locales/autonómicos/nacionales necesarios para la correcta gestión de la información y notificación de casos
	Se debe valorar la utilización de diferentes herramientas de comunicación (material informativo, reuniones públicas, sitios web, redes sociales, líneas de teléfono, etc) así como las nuevas tecnologías para comunicarse con las partes interesadas y el público
RECURSOS SUMINISTROS, EQUIPAMIENTO E INSTALACIONES	
Adquisición, gestión de suministros y equipamiento	Se debe designar un responsable por unidad que garantice la disponibilidad de los equipos, así como de su mantenimiento adecuado para los servicios de salud pública que realicen intervenciones en el terreno.
	Se debe establecer un procedimiento rápido para acceder a las existencias clave, a través de la identificación de proveedores propios o a través del sistema de asistencia sanitaria, así como de eliminación de residuos adecuado.
	Se debe realizar un inventario de las existencias clave para los equipos de intervención de salud pública en el terreno, incluyendo, al menos: <ul style="list-style-type: none"> -solución hidroalcohólica. -jabón. -EPIs. -material de limpieza y desinfección. -contenedores para material infeccioso. -otros materiales necesarios para aislamientos
	Debe existir un procedimiento para supervisar y actualizar periódicamente dicho material teniendo en cuenta las necesidades adicionales previstas para los diferentes escenarios
	Es crucial establecer un plan para el seguimiento y custodia de existencias clave para evitar el uso indebido



Intervenciones y lugares de aislamiento	Se debe evaluar la capacidad de los establecimientos designados como lugares de aislamiento no hospitalario
	Se debe establecer y difundir entre los profesionales implicados los criterios para priorizar las actuaciones de control de la enfermedad
	Se deben identificar espacios alternativos que se transformarán en lugares de aislamiento no hospitalario
	Se debe disponer de un plan de contingencia para el manejo del posible incremento casos y contactos
	Se debe disponer de un plan de contingencia para gestionar el incremento de las necesidades de información
	Todos los procedimientos operativos estandarizados disponibles en torno a este tema deben estar actualizados y disponibles para todo el personal implicado
Recursos humanos	Se debe disponer de un procedimiento de actuación en investigación de casos, seguimiento de contactos y aplicación de medidas de salud pública que indique los recursos humanos disponibles para cada ámbito territorial de aplicación. Se debe evaluar y disponer de un plan de continuidad de los servicios de salud pública que asegure: - la identificación de áreas / unidades que presten servicios clave (como epidemiología de campo, estudio de contactos, etc.) y establecer los criterios, responsable y procedimiento para dar apoyo con recursos adicionales - la identificación de áreas / unidades de soporte clave (como personal de sistemas de información, de gestión de datos, etc) y establecer los criterios, responsable y procedimiento para dar apoyo recursos adicionales - seguimiento y gestión del absentismo del personal, en especial las bajas por enfermedad - establecer un procedimiento ágil de reubicación de recursos y de personal, contrataciones y capacitaciones o ampliación de funciones -un plan para evitar el agotamiento entre los trabajadores, incluyendo la posibilidad de apoyo psicológico y asegurar la distribución equitativa de la carga de trabajo entre los trabajadores
	Se debe establecer qué unidad será responsable de la valoración de exposiciones de riesgo del personal.
Laboratorio	Se debe establecer un procedimiento para el envío de información de forma segura, oportuna e interoperable con los sistemas de información de salud pública
COMUNICACIÓN A LOS PROFESIONALES Y AL PÚBLICO	
Comunicación interna	Se debe disponer de un plan de comunicación interna con líneas de comunicación claras para facilitar una comunicación rápida a todo el personal en todo lo referente al evento, incluyendo la adaptación en casos de incidencias o situaciones de especial relevancia



	Disponer de una batería de mensajes clave para ser difundidos entre diferentes grupos (profesionales sanitarios, otros trabajadores), validados por expertos en el tema en coordinación con el equipo de comunicación del hospital.
FORMACIÓN DEL PERSONAL	
Formación	<p>Establecer un plan de capacitación general y específica del personal sanitario y no sanitario implicado incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - información técnica sobre COVID-19 - procedimientos de prevención y control de la infección (uso correcto de EPIs, higiene de manos, gestión de aislamientos, gestión de residuos) - procedimientos de definición y notificación de casos y líneas de comunicación internas. - limpieza y desinfección - evaluación y comunicación del riesgo <p>Se deben elaborar y difundir entre profesionales implicados los materiales de capacitación/información en las áreas anteriores</p>
ELABORACIÓN, DIFUSIÓN Y APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y GUÍAS	
Higiene de manos, EPI, gestión de aislamientos, gestión de residuos)	Garantizar la capacidad de aislamiento, realizar un inventario de las existencias clave necesarias y debe existir un procedimiento para supervisar y actualizar periódicamente ese inventario teniendo en cuenta las necesidades adicionales previstas para los diferentes escenarios
	Capacitación general y específica del personal sanitario y no sanitario implicado en estos procedimientos
	Todos los procedimientos operativos estandarizados disponibles en torno a este tema están actualizados y disponibles para todo el personal implicado
Vigilancia epidemiológica y control de casos	<p>Elaborar, adaptar y difundir los protocolos de vigilancia con las definiciones de caso, formularios de notificación y protocolos de investigación epidemiológica que incluyan</p> <ul style="list-style-type: none"> - La detección precoz de casos sospechosos y la realización de pruebas de diagnóstico de confirmación. - La notificación de casos sospechosos y la declaración de casos confirmados
Estudio de contactos	Se deben elaborar procedimientos comunes para el estudio de contactos
	Se debe realizar las labores de estudio de contactos en coordinación atención primaria, los servicios de medicina preventiva y los servicios de prevención de riesgos laborales
	Se debe incorporar la utilización de herramientas digitales que faciliten el seguimiento de contactos, con la capacitación adecuada del personal en la utilización de las mismas.
	Es especialmente relevante garantizar la dotación de personal suficiente para desempeñar estas labores
Promoción y Prevención	-Reforzar la coordinación entre atención primaria, servicios sociales, salud pública y las entidades locales para la planificación de la salud comunitaria, la promoción de la salud y la prevención.



Anexo II: Lista de verificación de preparación de hospitales

COORDINACIÓN	
Establecimiento de un equipo de Alerta. (se activará ante la aparición de un caso de COVID-19 y será responsable de coordinar las acciones a seguir)	El equipo de alerta debe incluir al menos un representante de gerencia, dirección médica, dirección de enfermería y de los servicios de medicina preventiva, enfermedades infecciosas, medicina intensiva y urgencias.
	El equipo debe elaborar y difundir un procedimiento operativo estandarizado en el que: -se establecen las responsabilidades y funciones de cada uno de los miembros. -se detallan los circuitos de comunicación internos y externos. -se incluye un listado de teléfonos de contacto de todos sus miembros.
Coordinación interna entre servicios	Se debe designar al menos una persona de enlace en todos los servicios, tanto asistenciales como no asistenciales (incluyendo al menos admisión, suministros y mantenimiento), y se dispondrá de un listado actualizado de todos ellos fácilmente accesible.
Coordinación con actores externos	Cada comunidad autónoma debe disponer de un listado actualizado fácilmente accesible de los contactos locales/autonómicos/nacionales necesarios para la correcta gestión de la información y notificación de casos.
RECURSOS SUMINISTROS, EQUIPAMIENTO E INSTALACIONES	
Adquisición, gestión de suministros, equipamiento e instalaciones	Se debe designar un responsable por unidad que garantice la disponibilidad de los materiales necesarios en las ubicaciones pertinentes, así como el mantenimiento adecuado de los equipos / instalaciones; realizando la coordinación con las unidades responsables.
	Se debe establecer un procedimiento rápido para adquirir existencias clave, incluyendo la identificación de proveedores alternativos en caso de que los principales proveedores se queden sin existencias, así como de eliminación de residuos adecuado.
	Se debe realizar un inventario de las existencias clave necesarias, incluyendo, al menos: -solución hidroalcohólica. -jabón. -EPIs. -respiradores. -material de limpieza y desinfección. -contenedores para material infeccioso. -otros materiales necesarios para aislamientos.
	Debe existir un procedimiento para supervisar y actualizar periódicamente dicho inventario teniendo en cuenta las necesidades adicionales previstas para los diferentes escenarios.
	Es crucial establecer un plan para el seguimiento y custodia de existencias clave para evitar el uso indebido.



Instalaciones y ubicación de pacientes	Se debe evaluar y calcular la capacidad máxima del hospital, capacidad máxima de la unidad de cuidados intensivos, número de habitaciones de aislamiento y número de ventiladores mecánicos.
	Se debe disponer y difundir en el centro el plan de contingencia con criterios, personas responsables y procedimientos para designar nuevas áreas de aislamiento en caso de que las habitaciones Primariamente destinadas a ello no estén disponibles, incluyendo el número y ubicación de las camas que se reasignarán, así como los criterios de aislamiento de cohortes en caso de ser necesario.
	Se debe establecer y difundir entre los profesionales implicados los criterios para altas, traslados internos de pacientes o traslados externos (a otros centros o a atención domiciliaria).
	Se deben identificar espacios alternativos que se transformarán en salas de espera y se deben establecer criterios para su uso.
	Se debe disponer de un plan de contingencia para el manejo del posible incremento de residuos infecciosos.
	Se debe disponer de un plan de contingencia para gestionar el incremento de pacientes fallecidos (ubicación)
	Todos los procedimientos operativos estandarizados disponibles en torno a este tema deben estar actualizados y disponibles para todo el personal implicado
Recursos humanos	Se debe evaluar y disponer de un plan de continuidad asistencial que asegure: <ul style="list-style-type: none"> -la identificación de áreas / unidades puntos clave (como triaje, urgencias, UCI, laboratorio, salas de espera y unidades de hospitalización) y establecer los criterios, responsable y procedimiento para dar apoyo con recursos adicionales. -la identificación de áreas / unidades de soporte clave (como personal de limpieza, información, etc.) y establecer los criterios, responsable y procedimiento para dar apoyo recursos adicionales. -seguimiento y gestión del absentismo del personal, en especial las bajas por enfermedad. -establecer un procedimiento ágil de reubicación de recursos y de personal, contrataciones y capacitaciones. -un plan para evitar el agotamiento entre los trabajadores, incluyendo la posibilidad de apoyo psicológico y asegurar la distribución equitativa de la carga de trabajo entre los trabajadores.
	Se debe establecer qué unidad será responsable de la valoración de exposiciones de riesgo del personal.
Laboratorio	Se debe establecer un plan de priorización y envío seguro de muestras (si el hospital no posee capacidad de laboratorio)
	Se debe planificar la disponibilidad de reactivos y material para pruebas diagnósticas en los diferentes escenarios (si el hospital posee capacidad de laboratorio)
	Debe existir un plan para subcontratar servicios de laboratorio si se supera la capacidad.



COMUNICACIÓN A LOS PROFESIONALES Y AL PÚBLICO. PORTAVOZ	
Comunicación interna	Se debe disponer de un plan de comunicación interna con líneas de comunicación claras para facilitar una comunicación rápida a todo el personal y a los pacientes y visitantes en todo lo referente al evento, incluyendo la adaptación en casos de incidencias o situaciones de especial relevancia
	Se disponer de una batería de mensajes clave para ser difundidos entre diferentes grupos (profesionales sanitarios, otros trabajadores, pacientes), validados por expertos en el tema en coordinación con el equipo de comunicación del hospital.
FORMACIÓN DEL PERSONAL	
Formación	Se debe establecer un plan de capacitación general y específica del personal sanitario y no sanitario implicado incluyendo: <ul style="list-style-type: none">- información técnica sobre COVID-19-procedimientos de prevención y control de la infección (uso correcto de EPIs, higiene de manos, gestión de aislamientos, gestión de residuos)-procedimientos de definición y notificación de casos y líneas de comunicación internas.-procedimientos de triaje-prevención del daño y prácticas seguras en tiempos de pandemia-limpieza y desinfección
	Se deben elaborar y difundir entre profesionales implicados los materiales de capacitación/información en las áreas anteriores
PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES	
Higiene de manos, EPI, Gestión de aislamientos, gestión de residuos)	Se debe realizar un inventario de las existencias clave necesarias y debe existir un procedimiento para supervisar y actualizar periódicamente ese inventario teniendo en cuenta las necesidades adicionales previstas para los diferentes escenarios.
	Se debe establecer un plan de capacitación general y específica del personal sanitario y no sanitario implicado en estos procedimientos
	Todos los procedimientos operativos estandarizados disponibles en torno a este tema están actualizados y disponibles para todo el personal implicado
TRIAJE	
General	Se deben establecer y difundir entre el personal implicado procedimientos específicos de verificación de los circuitos para separar y aislar los casos sospechosos de los demás pacientes, incluyendo un plan para la ubicación de éstos en diferentes salas de espera, acceso a baños y suministro de agua/alimentos.
	Se deben establecer y difundir entre el personal implicado procedimientos para la priorización de los pacientes.
	Se deben establecer y difundir entre el personal implicado procedimientos para la limpieza y desinfección de áreas utilizadas por pacientes sospechosos y eliminación de residuos.
	Se debe disponer de un registro de personas que entran en la zona de aislamiento
Tele-triaje	Se debe disponer de un mecanismo de tele-triaje (ej. servicio de teléfono/correo electrónico/telemedicina) para que los posibles casos notifiquen sus síntomas y coordinar su llegada al hospital, si es necesario.



	Se debe informar sobre la existencia y funcionamiento del tele-triage a la población atendida del hospital.
Primer contacto en el hospital	Se debe colocar información en lugares visibles con preguntas y respuestas sobre COVID-19, y medidas de control y prevención.
	Se debe establecer un protocolo para informar a los pacientes con sospecha de COVID-19 sobre los procedimientos que se llevarán a cabo ante su llegada a Urgencias (por ejemplo, que serán separados de los demás pacientes y por qué, y cómo realizar la higiene de manos y respiratoria, cuándo y cómo utilizar la mascarilla).
	Se debe disponer de capacidad de transporte de los pacientes.
ACCESO DE VISITANTES	
Acceso a visitantes	Se deben establecer y difundir normas para el acceso de los visitantes a la instalación y a las salas.
	Se debe establecer y difundir normas y procedimientos, dirigidos a visitantes, y correspondientes a acceso y salida habitaciones de los pacientes
	Se debe disponer de un registro de visitantes.



Anexo III- Lista verificación de Atención Primaria

COORDINACIÓN	
Responsable de Alerta (se activará ante la aparición de un caso de COVID-19 y será responsable de coordinar las acciones a seguir)	<p>El equipo de alerta debe incluir al menos un representante de gerencia, dirección médica, dirección de enfermería y de urgencias extrahospitalarias</p> <p>El equipo debe elaborar y difundir un procedimiento operativo estandarizado en el que:</p> <ul style="list-style-type: none">-se establecen las responsabilidades y funciones de cada uno de los miembros.-se detallan los circuitos de comunicación internos de AP, con salud pública, responsables socio sanitarios y el hospital.-se incluye un listado de teléfonos de contacto de todos sus miembros.
RECURSOS SUMINISTROS, EQUIPAMIENTO E INSTALACIONES	
Adquisición, gestión de suministros, equipamiento e instalaciones	<p>Designar un responsable que controle la disponibilidad de los materiales necesarios en las ubicaciones pertinentes, así como el mantenimiento adecuado de los equipos / instalaciones de los Centros de Atención Primaria (CAP) del conjunto del Área o demarcación sanitaria de gestión de AP.</p> <p>Establecer un procedimiento rápido para adquirir existencias clave, incluyendo la identificación de proveedores alternativos en caso de que los principales proveedores se queden sin existencias, así como de eliminación de residuos adecuado.</p> <p>Disponer de un inventario de las existencias clave necesarias, incluyendo, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none">-solución hidroalcohólica.-jabón.-EPIs.--material de limpieza y desinfección.-contenedores para material infeccioso.-otros materiales necesarios para aislamientos. <p>Procedimiento para supervisar y actualizar periódicamente dicho inventario teniendo en cuenta las necesidades adicionales previstas para los diferentes escenarios.</p>
	<p>Es crucial establecer un plan para el seguimiento y custodia de existencias clave para evitar el uso indebido.</p>
	<p>Establecer acceso al catálogo completo de pruebas diagnósticas en las mismas condiciones que el resto de especialidades médicas y disponiendo del equipamiento diagnóstico y tecnológico necesario para una atención más ágil y eficiente</p>
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none">-dimensionar las plantillas de los equipos de AP para mantener las competencias y garantizar que el equipo de AP pueda realizar y dar servicio de alta calidad, estableciendo la dotación de puestos de todas las profesiones sanitarias y no sanitarias, que permita responder a las necesidades de atención de la población adscrita, tanto asistenciales como de vigilancia epidemiológica- garantizar un plan de sustituciones para cubrir las ausencias de profesionales- seguimiento y gestión del absentismo del personal, en especial las bajas por enfermedad.-un plan para evitar el agotamiento entre los trabajadores, incluyendo la posibilidad de apoyo psicológico y asegurar la distribución equitativa de la carga de trabajo entre los trabajadores



COMUNICACIÓN A LOS PROFESIONALES Y AL PÚBLICO.	
Comunicación interna y externa	La Gerencia de Atención Primaria facilitará a los CAP planes de comunicación (interna para personal y pacientes) y externa (para la zona básica de salud) que cada CAP adapte a su situación con líneas de comunicación claras para facilitar una comunicación rápida en todo lo referente a la pandemia, incluyendo la adaptación en casos de incidencias o situaciones de especial relevancia
FORMACIÓN DEL PERSONAL	
Formación	<p>Se debe establecer un plan de capacitación general y específica del personal sanitario y no sanitario implicado incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none">-información técnica sobre COVID-19-procedimientos de prevención y control de la infección (uso correcto de EPIs, higiene de manos, gestión de aislamientos, gestión de residuos)-limpieza y desinfección-procedimientos de definición y notificación de casos y líneas de comunicación internas.-procedimientos de triaje-seguridad del paciente: Prevención del daño, prácticas seguras en tiempos de pandemia y prácticas de escaso valor (“No hacer”) <p>Se deben elaborar y difundir entre profesionales implicados los materiales de capacitación/información en las áreas anteriores</p>
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN	
Vigilancia epidemiológica , prevención y control de casos	Contar con protocolos para <ul style="list-style-type: none">– Detección precoz de casos sospechosos y realización del diagnóstico precoz mediante las pruebas que se determinen.– Notificación de casos sospechosos y declaración de casos confirmados– Estudio de contactos en coordinación con los servicios de Salud Pública y, en su caso, con los servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
ASISTENCIA SANITARIA	
General	Se deben establecer y difundir entre el personal implicado procedimientos específicos de verificación de los circuitos para separar y aislar los casos sospechosos de los demás pacientes, teniendo en cuenta las características del CAP



	<p>-Se establecerán mecanismos para la adecuada atención y continuidad de cuidados por parte de los profesionales sanitarios de referencia de los pacientes con patologías crónicas priorizando los especialmente vulnerables (patologías crónicas clave, multimorbilidad, polimedicados...), tanto en el seguimiento habitual como en la prevención y atención a problemas intercurrentes, complicaciones y reagudizaciones, intentando minimizar las visitas a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios no programado</p> <p>-Contar con mecanismos para la reactivación de la consulta a domicilio en pacientes con patologías crónicas que por su específico riesgo y características clínicas, así lo requieran</p> <p>-Facilitar la receta electrónica para evitar la visita de los pacientes al CAP por este motivo</p> <p>Organizar el sistema de coordinación con la A. Hospitalaria para la circulación de pacientes entre dispositivos asistenciales adecuado a la situación extraordinaria de la pandemia</p> <p>Se deben establecer y difundir entre el personal implicado procedimientos para la limpieza y desinfección de áreas utilizadas por pacientes sospechosos y eliminación de residuos-</p> <p>El CAP deberá tener capacidad de gestión de las agendas para que cada profesional pueda adaptarla a las necesidades cambiantes, garantizando la accesibilidad de la población y evitando la acumulación de personas en las salas de espera</p>
<p>Triaje</p>	<p>Se debe disponer de mecanismos de triaje a la entrada del CAP para derivar a los pacientes al circuito correspondiente de atención en el CAP</p> <p>Se debe disponer de un mecanismo de tele-triaje (ej. servicio de teléfono/correo electrónico/telemedicina) para que los posibles casos notifiquen sus síntomas y gestionar la atención sanitaria necesaria y el ámbito asistencial de la misma</p>
<p>Contacto con el CAP</p>	<p>Se debe colocar información en lugares visibles con preguntas y respuestas sobre COVID-19, y medidas de control y prevención.</p>
<p>SALUD COMUNITARIA</p>	
<p>Promoción y Prevención</p>	<p>Contar con Plan que permita:</p> <p>-Identificar la población en situación de mayor vulnerabilidad y con menor accesibilidad, para proporcionar la atención sanitaria y facilitar los recursos de apoyo que precisen.</p> <p>-Establecer vías claras, ágiles y efectivas de comunicación bidireccional entre los equipos de AP y las redes comunitarias para la difusión de protocolos, actualizaciones informativas y materiales para la comunicación comunitaria.</p> <p>-Reforzar la coordinación entre AP, Servicios Sociales, Salud Pública y las entidades locales para la planificación de la salud comunitaria, la promoción de la salud y la prevención.</p>



Anexo IV: Medidas no farmacológicas generales

Uno de los factores clave para la aplicación efectiva de medidas no farmacológicas es la identificación y definición correctas de los desencadenantes para su activación o desactivación durante las diversas fases epidémicas. Estas medidas deberían combinarse entre sí y con otros enfoques, ya que aumenta su efectividad al implementarse de forma coordinada.

Higiene de manos

Las manos deben lavarse regularmente con agua y jabón durante 40 segundos. Si las manos están sucias, el agua y el jabón deben preceder al uso de desinfectantes para manos a base de alcohol. Se recomienda aplicar higiene de manos de forma regular pero especialmente en los siguientes momentos:

- Contacto con personas con síntomas respiratorios
- Contacto con superficies potencialmente contaminadas
- Contacto con superficies de uso frecuente (por ejemplo, puertas, barandillas y pasamanos)
- Situaciones con elevada concentración de personas (transporte público, ámbito escolar)
- Después de toser o estornudar o cualquier situación en que las manos hayan podido entrar en contacto con las secreciones respiratorias
- Antes de tocarse la boca la nariz y los ojos

Higiene respiratoria

Se recomienda en aquellas personas con clínica respiratoria (tos y estornudos) con el fin de que mantengan una serie de comportamientos higiénicos para reducir la transmisión de persona a persona en todos los entornos y durante todas las fases de la epidemia. Se recomienda ampliamente para todos los entornos comunitarios como el hogar o las escuelas y lugares de trabajo, centros de salud, etc. en todo momento.

La higiene respiratoria consiste en:

- Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con el codo.
- Usar pañuelos desechables para eliminar las secreciones respiratorias.
- Deshacerse del pañuelo usado inmediatamente, asegurando el suministro de materiales de desecho (cubos de basura sin tocar, etc.).
- Higiene de manos después de tocar las secreciones respiratorias (estornudar, toser, uso de pañuelos) y/o los objetos contaminados
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca

Utilización de mascarillas

El uso de mascarillas debe ir acompañado de otras buenas prácticas para el cumplimiento de las medidas de higiene y distancia física. El artículo 6 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, regula su utilización durante el periodo de crisis. Se puede consultar más información en las [Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad en el contexto del COVID-19](#).



La recomendación general para su utilización es la siguiente:

- Población general asintomática sana: diferentes organismos internacionales proponen la posibilidad de utilizar mascarillas higiénicas.
- Personas con síntomas compatibles: las mascarillas quirúrgicas pueden utilizarse como medida de control de la infección o como medida de mitigación en entornos comunitarios en aquellas personas que presenten síntomas respiratorios.

Medidas de higiene y limpieza

Tienen por objeto mejorar la protección y reducir el riesgo de infección de enfermedades transmisibles en diversos entornos (centros de Atención Primaria, Hospitalaria, centros de larga estancia, centros educativos, lugares de trabajo, lugares públicos y hogares).

Las medidas ambientales se refieren a la limpieza habitual de las superficies y objetos de uso frecuente (como teléfonos, tabletas, picaportes, inodoros y teclados) con agua y detergente, seguido de desinfección (como una solución de lejía), evitar el uso compartido de objetos (como vasos, utensilios para comer, toallas y ropa de cama), y garantizar un adecuado sistema de ventilación en edificios y zonas de reunión.

La eficacia de las medidas ambientales para mitigar el impacto de las epidemias de virus respiratorios es limitada, sin embargo, es plausible que esas medidas puedan reducir la transmisión y, por lo tanto, se recomienda que se utilicen en todo momento y en todos los entornos durante las fases de contención y mitigación de una epidemia.

Como medidas adicionales se recomienda ventilar con frecuencia y dejar entrar la luz del sol en los ambientes cerrados, ya que pueden contribuir a dispersar e inactivar los virus ambientales. Se pueden consultar más recomendaciones en [Medidas higiénicas para la prevención de contagios del COVID-19](#) y en el [Procedimiento de limpieza viaria ante la pandemia de coronavirus](#).

Medidas de distanciamiento físico

La recomendación de distanciamiento físico está relacionada con [una importante reducción del riesgo](#) de infección. La recomendación es el mantenimiento de una distancia mínima de 1,5 metros entre personas (el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio regula este aspecto durante el periodo de crisis). El principal beneficio de esta medida es prevenir la transmisión al evitar la propagación de SARS-CoV-2 reduciendo la probabilidad de que ocurra un contacto efectivo entre una persona capaz de transmitir el virus y un huésped susceptible.



Anexo V: Vigilancia epidemiológica y fuentes de información

Las fuentes de información que proporcionar datos relevantes de forma rápida y fiable en el marco de la estrategia y en otros ámbitos de interés para la gestión de la epidemia incluyen:

- **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE):** que incluye:
 - Información individualizada sobre los casos confirmados que se incluye en la plataforma SiViES.
 - Información sobre los brotes epidémicos.
 - Información agregada sobre los casos sospechosos, proporción de casos sospechosos a los que se realiza una prueba de PCR, número de contactos estrechos que se confirman como caso y número de profesionales de los servicios de vigilancia epidemiológica.
- **Estudio Nacional de sero-Epidemiología de la Infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-COVID):** es un estudio longitudinal sero-epidemiológico, sobre una muestra representativa de la población, que recaba información sobre la prevalencia de infección por SARS-CoV-2 mediante la determinación de anticuerpos IgG frente al virus.
- **Sistema Estatal de Resultados de Laboratorio (SERLAB):** recaba los datos de todas las pruebas realizadas en los laboratorios, públicos y privados, autorizados en España para la realización de pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 mediante PCR u otras pruebas moleculares, enviado por las comunidades autónomas a través del servidor de intercambio seguro establecido al efecto en el marco del Sistema de Información SERLAB-CoV.
- **Sistema de Información de Capacidad Asistencial de la Atención Hospitalaria:** recaba los datos de sobre la actividad de atención especializada de todos los centros hospitalarios, tanto públicos como privados a nivel nacional. Aporta información sobre la capacidad asistencial y uso de la misma por pacientes con COVID-19, pacientes con otras patologías y el número de camas libres, tanto de hospitalización de agudos como de cuidados críticos.
- **Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo):** recaba información agregada sobre la mortalidad diaria por todas las causas. Se emplea para identificar las desviaciones observadas con respecto a las esperadas según las series históricas de mortalidad.
- **Herramienta epidemiológica basada en el control de las aguas residuales (HEBAR):** Permite identificar SARS-CoV-2 en aguas residuales y se hacen colaboración con el Ministerio de Transición Ecológica. El aislamiento del virus en aguas residuales no tratadas puede constituir una señal temprana de la circulación de dicho virus en la población. La información recogida se enviará a través del mismo sistema de información de SERLAB.

En la actualidad se está desarrollando un sistema de vigilancia centinela basado en el sistema de vigilancia centinela de gripe estacional que recoja información de infección respiratoria aguda leve y grave en Atención Primaria y hospitalaria. Este sistema proyecta recabar información epidemiológica y virológica en una misma población, proporcionando las tasas de incidencia de la enfermedad y de circulación del agente en la población de referencia.



Anexo VI: Indicadores de alerta por COVID-19

I. Indicadores de situación epidemiológica

Indicador	Interpretación
Incidencia acumulada de casos que han iniciado síntomas en los últimos 7 días	Informa de las zonas en las que puede haber habido brotes activos o brotes incipientes en los últimos 7 ó 14 días
Evolución de número diario de casos que inician síntomas	Observar al tendencia de la serie
Incidencia acumulada de casos que han sido diagnosticados en los últimos 7 días (incluye casos asintomáticos)	Actividad viral y difusión de la enfermedad, así como la posible ocurrencia de casos sucesivos
Evolución del número diario de casos diagnosticados	Observar al tendencia de la serie
Incidencia acumulada de casos sospechosos atendidos en los últimos 7 días (tanto en Atención Primaria como en hospitales), por fecha de consulta	Nivel de sospecha diagnóstica (tanto de la población como del sistema sanitario)
Proporción de nuevos casos que son contactos de casos previamente conocidos	Identificación y control de las cadenas de transmisión
Detección de puntos calientes (nivel municipal): <ul style="list-style-type: none">• Casos sin vínculo epidemiológico en los últimos 7d• ≥ 2 casos e incidencia $\geq 10/10.000$ en 7d• Incremento $\geq 10\%$ respecto a los 14d anteriores	Identificación de posibles cadenas de transmisión y brotes no detectados
Número de reproducción efectiva instantáneo (R_i)	Ritmo de crecimiento o decrecimiento de la epidemia (estándar < 1)
Evolución en el número de casos que han requerido hospitalización, UCI o han fallecido	Observar al tendencia de la serie
Detección de SARS-CoV-2 en muestras de aguas residuales en zonas donde estaba previamente ausente o incremento en la carga viral en una zona donde ya estaba presente	Alerta de introducción o posible difusión del virus, con capacidad de incluir posibles casos asintomáticos



II. Indicadores de asistencia sanitaria

Indicador	Interpretación
Proporción de casos sospechosos que han acudido a consulta en los últimos 7 días a los que se les realiza una prueba PCR (tanto en Atención Primaria como en hospitales)	Capacidad de diagnóstico de casos sospechosos
Incidencia acumulada de realización de pruebas PCR en los últimos 7 días	Esfuerzo diagnóstico en la población (umbral de 1/1.000/semana)
Mediana del tiempo transcurrido entre la fecha de consulta y la fecha de diagnóstico	Demora de diagnóstico (estándar de 24- 48 horas)
Proporción de pruebas positivas respecto al total de pruebas realizadas en los últimos 7 días	Indicador combinado del nivel de circulación de virus y la sensibilidad del circuito diagnóstico (estándar <5%)
Proporción de casos hospitalizados entre los casos confirmados que iniciaron síntomas hace 2 semanas	Indicador combinado del nivel de gravedad y la sensibilidad del sistema para la detección de casos leves
Proporción de camas de agudos ocupadas por casos COVID-19 y ocupación total (COVID-19 y no COVID-19)	Presión por COVID-19 sobre los hospitales y reserva disponible para responder a incrementos de la transmisión
Proporción de camas de cuidados críticos ocupadas por casos COVID-19 y ocupación total (COVID-19 y no COVID-19)	Presión por COVID-19 sobre las UCIs y reserva disponible para responder a incrementos de la transmisión

III. Indicadores de control epidemiológico

Indicador	Interpretación
Mediana del tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de aislamiento, en aquellos casos que iniciaron síntomas en los últimos 7 días	Demora de control de las fuentes de contagio (estándar <48 horas)
Proporción de los casos que iniciaron síntomas en los últimos 7 días a los que se les ha realizado una búsqueda de contactos	Capacidad de control de los contactos
Mediana del número de contactos identificados por cada caso, en aquellos casos que iniciaron síntomas en los últimos 7 días	Exhaustividad en el control de los contactos (también dependiente del contexto social y restricciones existentes)
Notificación temprana (a nivel nacional)	Proporción de casos ocurridos en una semana (lunes a domingo) que han sido notificados a nivel nacional el martes siguiente

IV. Indicadores de Atención Primaria

Indicador	Interpretación
Proporción de casos sospechosos que han acudido a consulta en los últimos 7 días a los que se les realiza una prueba PCR	Capacidad de diagnóstico de casos sospechosos
Proporción de PCR positivas respecto al total de las realizadas en los últimos 7 días	Indicador combinado del nivel de circulación de virus y la sensibilidad del circuito diagnóstico (estándar <5%)



ANEXO IV

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LA DECLARACIÓN DE ACTUACIONES COORDINADAS EN SALUD PÚBLICA PARA RESPONDER ANTE LA SITUACIÓN DE ESPECIAL RIESGO DERIVADA DEL INCREMENTO DE CASOS POSITIVOS POR COVID-19

La Organización Mundial de la Salud elevó el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 a pandemia internacional.

La rapidez en la evolución de los hechos, a escala nacional e internacional, requirió la adopción de medidas inmediatas y eficaces para hacer frente a esta crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud. En este sentido, el estado de alarma declarado mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, permitió hacer frente a la situación de emergencia sanitaria con medidas para proteger la salud y la seguridad de los ciudadanos, contener la propagación de la enfermedad y reforzar el Sistema Nacional de Salud.

Tras el levantamiento progresivo de las medidas de contención durante la aplicación de las diferentes fases del Plan para la Transición a una nueva normalidad, el pasado 21 de junio finalizó la vigencia del estado de alarma, si bien fue preciso adoptar una serie de medidas para hacer frente a la pandemia y prevenir y controlar el incremento de casos. Estas medidas se incluyeron en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la emergencia ocasionada por el COVID-19. Asimismo, las diferentes comunidades autónomas y ciudades autónomas, en el marco de sus competencias, han adoptado una serie de actos y disposiciones con el objetivo de prevenir, controlar y contener la pandemia en su ámbito territorial.

Desde el 21 de junio, fecha de inicio del periodo de “nueva normalidad”, se ha incrementado substancialmente la movilidad de la población en comparación con el periodo previo. Pese al mantenimiento de las medidas básicas de control de la transmisión, la movilidad de la población y el contacto entre personas de grupos diferentes de convivencia estable ha generado nuevas cadenas de transmisión del SARS-CoV-2 en la población. Este incremento de transmisión se inició con brotes epidémicos identificados en ámbitos concretos, pero a partir de ellos se ha observado un incremento de la incidencia de la enfermedad en todas las comunidades autónomas que incluye un componente de transmisión comunitaria que en muchas ocasiones no se puede asociar a brote epidémico alguno. La incidencia nacional la segunda semana de agosto es casi seis veces la observada en el mes de junio.

Si bien es cierto que las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas, están haciendo importantes esfuerzos en el seguimiento y vigilancia de la epidemia, con grandes avances en los sistemas de detección temprana de la enfermedad, el refuerzo de los servicios de salud pública y la adopción de diferentes medidas dirigidas a controlar los brotes y frenar los contagios, es necesario coordinar a nivel nacional medidas de control que garanticen la homogeneidad suficiente para evitar que la evolución de la epidemia y las acciones realizadas en una parte del territorio puedan tener un efecto negativo en otras partes del mismo.

Si bien la situación no es comparable a la sufrida en los meses de marzo y abril, se observa un incremento constante de casos en todo el territorio (ver tabla) que va progresivamente generando un número creciente de casos graves que requieren hospitalización e ingreso en Unidades de Cuidados críticos.

Evolución de la incidencia de COVID-19

	01/06 a 07/06	08/06 a 14/06	15/06 a 21/06	22/06 a 28/06	29/06 a 05/07	06/07 a 12/07	12/07 a 18/07	19/07 a 26/07	27/07 a 02/08	03/08 a 09/08
Andalucía	1,11	0,43	0,71	2,52	1,49	2,98	6,25	7,39	13,33	22,53
Aragón	6,44	3,34	9,40	21,68	12,73	31,84	125,07	188,81	308,27	274,77
Asturias	0,49	0,49	0,00	0,00	0,00	0,20	0,78	1,96	8,60	14,47
Baleares	2,17	2,17	2,44	1,65	3,04	2,61	4,18	11,66	28,62	83,00
Canarias	1,02	0,51	1,58	0,51	0,65	0,74	4,41	2,60	3,67	12,49
Cantabria	1,89	1,89	2,58	2,24	1,03	1,20	4,82	5,68	16,35	36,66
Castilla-La Mancha	12,00	7,53	5,07	6,20	5,21	5,31	6,10	8,71	14,31	28,63
Castilla y León	10,59	6,67	5,71	5,08	2,96	3,00	4,79	7,21	22,13	56,09
Cataluña	11,65	9,77	7,58	9,99	17,25	33,41	60,34	82,60	86,68	76,58
Ceuta	20,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18	0,00	2,36	1,18
C. Valenciana	2,20	1,60	1,48	1,64	2,04	2,94	7,57	15,03	24,24	32,62
Extremadura	4,31	3,00	2,06	1,40	3,65	11,80	6,65	4,87	12,36	15,64
Galicia	0,41	0,41	0,52	1,56	4,59	4,37	2,26	4,26	6,63	17,48
Madrid	14,77	11,35	10,69	5,97	5,37	4,83	9,20	20,14	45,34	91,05
Melilla	1,16	2,31	2,31	0,00	0,00	0,00	3,47	0,00	11,56	26,59
Murcia	1,20	0,60	1,54	1,81	1,87	3,61	6,02	20,75	26,24	32,67
Navarra	5,50	2,60	7,80	9,17	3,21	16,81	43,11	92,63	60,07	97,22
País Vasco	2,36	5,57	3,67	2,54	3,26	9,06	28,63	38,41	52,63	98,38
La Rioja	3,47	2,21	1,26	0,95	0,63	7,58	6,31	18,62	7,58	21,15
ESPAÑA	6,21	4,75	4,39	4,76	5,52	9,72	19,94	30,05	42,07	56,64

Incidencia por 100.000 hab. por semana epidemiológica

Una vez superada la fase de transmisión comunitaria generalizada de la COVID-19 y transitado hacia la nueva normalidad, con el objetivo de control de la enfermedad, los brotes epidémicos son, en general, los focos origen de la transmisión comunitaria observada en la actualidad.

Los brotes detectados en algunos ámbitos concretos, debido a sus características específicas, generan un número de casos importante y además, debido a la dificultad de identificar y controlar a la población de riesgo, suponen el inicio de una transmisión comunitaria que requiere de la toma de medidas de control drásticas y de gran impacto por parte de las CCAA para su control.

Hasta el día 12 de agosto, las CCAA han notificado a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica un total de 1155 brotes de COVID-19 que incluyen 13.071 casos. 822 de estos brotes continúan activos e incluyen 9.217 casos.

Las características de los grupos sociales en los que se producen los brotes han ido modificándose con el tiempo debido a la imposición de medidas específicas de reducción de riesgos asociadas a los grupos afectados. Al inicio del periodo de notificación, los brotes en el ámbito laboral, fundamentalmente en trabajadores de mataderos/empresas cárnicas y temporeros/empresas hortofrutícolas, representaban el mayor riesgo para la transmisión del SARS-CoV-2, tanto entre los trabajadores como entre la población general. Una vez implementadas medidas de control de la transmisión específicamente dirigidas a este colectivo de riesgo, el número de brotes epidémicos asociados a este ámbito laboral se ha reducido notablemente.



Durante las últimas semanas, se ha incrementado el número de brotes generados en el ámbito social, que suponen casi el 40% de los mismos. Entre estos brotes, los más importantes son aquellos relacionados con reuniones familiares o de amigos y los producidos en locales de ocio con horario mayoritariamente nocturno (bares de copas, discotecas y salas de baile)

Los primeros son los más numerosos, pero los segundos, afectan a grupos más grandes de población, difícilmente identificables, con orígenes geográficos muy diversos y que debido a las grandes dificultades de localización que generan impiden la aplicación temprana y eficaz de las medidas de control.

Además, en las últimas semanas se observa un aumento de brotes asociados a centros socio-sanitarios que representan ya un 8% del total y afectan a 1066 casos de COVID-19. Pese a que no es numéricamente el ámbito más afectado, la gravedad de los brotes en poblaciones especialmente vulnerables y el consiguiente impacto en la mortalidad y los servicios sanitarios, hace especialmente relevante este incremento observado.

La movilidad de la población en el actual periodo estival y la evolución de epidemia en todo el territorio hacen necesario que algunas de las medidas de control se apliquen homogéneamente en todo el país. La aplicación de las medidas previstas en este documento tiene además como objetivo evitar la necesidad de imponer medidas más restrictivas y de más impacto en la sociedad, la movilidad y la economía.

Para responder ante situaciones como las descritas, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el pasado 16 de julio de 2020 el Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID19, en el que se prevé que, al objeto de “reducir al máximo la transmisión del virus, minimizando su impacto en la salud y en la sociedad, las instituciones deben estar preparadas para responder a cualquier escenario de riesgo para la salud pública, asumiendo (...) que es necesaria la coordinación y la toma de decisiones conjunta en función de los diferentes escenarios”.

La evolución de la situación epidemiológica, la diversidad y heterogeneidad de algunas de las medidas adoptadas en los diferentes territorios y la necesidad de alinear los esfuerzos conjuntos de todas las autoridades sanitarias, aconsejan establecer un mínimo común de medidas que deberán ser adoptadas por las comunidades autónomas en el ámbito competencial que les es propio, utilizando la figura de la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública prevista en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En la Declaración de Actuaciones Coordinadas, cuya aprobación corresponde al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de las comunidades directamente afectadas, habrán de incluirse únicamente las medidas que se consideran estrictamente necesarias e imprescindibles para atajar la situación de especial riesgo para la salud pública derivada del incremento de casos positivos por COVID-19, y que, por su naturaleza, se considera que tienen un impacto muy significativo en el objetivo de prevenir y controlar la expansión de la enfermedad.

Estas medidas se centran en el control de la transmisión en los ámbitos que actualmente son el origen de los brotes epidémicos de mayor impacto y riesgo y en medidas que puedan controlar la transmisión comunitaria asociada a esos brotes que se detectan a través de la Red Nacional de vigilancia Epidemiológica.

En concreto se proponen once medidas de control en siete ámbitos diferentes, tres recomendaciones y una indicación de observancia de los aspectos incluidos en el Plan de Respuesta Temprana en un



escenario de control de la pandemia por COVID-19. A continuación se especifican los ámbitos de actuación.

Los locales de ocio con horario mayoritariamente nocturno (bares de copas, discotecas y salas de baile), constituyen actualmente el origen de los brotes epidémicos con mayor número de casos asociados (media de 31 casos identificados por brote), pero además son los brotes origen de una gran parte de la transmisión comunitaria actual y de casos en varias comunidades autónomas, debido a que afectan a grupos grandes de población, difícilmente identificables, con orígenes geográficos muy diversos y que por las grandes dificultades de localización que generan, impiden la aplicación temprana y eficaz de las medidas de control. A pesar de las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias autonómicas para restringir o limitar la actividad de estos locales de ocio, se han seguido registrando brotes asociados a este sector de actividad. En este sentido, la propia naturaleza de la actividad que se desarrolla en el interior de estos locales dificulta enormemente la implementación práctica de otras medidas como el distanciamiento interpersonal.

Los centros sociosanitarios de carácter residencial son el ámbito en el que se produce el mayor incremento de brotes detectados en las últimas semanas, pasando de 9 brotes en la última semana de julio a un total de 60 brotes activos el día 12 de agosto. Estos brotes se han detectado en todas las CCAA. Si bien la mayor parte de los brotes en este ámbito no superan los 10 casos, se han identificado brotes con hasta 70 casos y en conjunto han generado la mayor parte de las defunciones notificadas en los últimos 7 días. Los residentes en estos centros son el grupo vulnerable más importante y el prioritario en cuanto a medidas de reducción de riesgo.

Los eventos multitudinarios tienen unas características similares a las asociadas al ocio nocturno y son las situaciones mejor descritas en la literatura científica como origen de brotes epidémicos y de transmisión comunitaria de enfermedades infecciosas. Sin embargo, su carácter “planificado” permite una valoración específica de cada evento y la aplicación de medidas puntuales correctoras de riesgo. En la Declaración habrá de establecerse la obligación de realizar una evaluación del riesgo asociado a este tipo de eventos por parte de la autoridad sanitaria conforme a lo previsto en el documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud “Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por covid-19 en España”.

Además, se proponen medidas para mejorar la capacidad de detección precoz y control de casos mediante cribados dirigidos y medidas de apoyo para la mejor implementación de normas relacionadas con el uso de mascarillas y el control de aglomeraciones no autorizadas.

El objetivo final de las medidas propuestas es mantener un control suficiente de la transmisión del SARS-CoV-2 que evite la necesidad de imponer restricciones de gran impacto sobre la movilidad de las personas con el consiguiente efecto negativo en la sociedad y en la economía del país.

Esta Declaración de Actuaciones Coordinadas, que viene referida a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, incluirá a todas las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y surtirá los efectos previstos en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.



A la vista de lo anterior, en su sesión de 14 de agosto de 2020, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA:

1. Que sean declaradas como actuaciones coordinadas en salud pública para responder a la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID19, de acuerdo con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las siguientes medidas:

A) Locales de ocio:

- 1) El cierre de discotecas, salas de baile y bares de copas con y sin actuaciones musicales en directo.

B) Hostelería y restauración:

En los establecimientos de hostelería, restauración y terrazas, así como en los bares y restaurantes de playa:

- 2) Garantizar la distancia interpersonal mínima de 1,5 metros en el servicio en barra.
- 3) Garantizar una distancia mínima entre mesas o agrupaciones de mesas de 1,5 metros, con un máximo de 10 personas por mesa o agrupación de ellas. La mesa o agrupación de mesas que se utilicen para este fin, deberán ser acordes al número de personas, permitiendo que se respete la distancia mínima de seguridad interpersonal.
- 4) Establecer como horario de cierre de los establecimientos la 1:00h como máximo, sin que puedan admitirse nuevos clientes a partir de las 00:00h.

C) Centros sociosanitarios:

- 5) Realizar pruebas PCR a todos los nuevos ingresos en los centros sociosanitarios de carácter residencial (residencias de mayores y de personas con discapacidad) con 72 horas de antelación como máximo. También se realizará a los empleados/as que regresen de permisos y vacaciones, y a los nuevos trabajadores/as que se incorporen.
- 6) Limitar las visitas a una persona por residente, extremando las medidas de prevención, y con una duración máxima de una hora al día. Se garantizará el escalonamiento de las visitas a los residentes a lo largo del día. Estas medidas se podrán exceptuar en el caso de personas que se encuentren en proceso del final de la vida.
- 7) Limitar al máximo las salidas de los residentes en centros sociosanitarios.

D) Eventos y actividades multitudinarias

- 8) En los eventos multitudinarios se deberá realizar una evaluación del riesgo por parte de la autoridad sanitaria conforme a lo previsto en el documento “Recomendaciones para



eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por covid-19 en España”, acordado en la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En función de esta evaluación, cada evento de estas características deberá contar con la autorización de la comunidad autónoma o ciudad autónoma.

E) Cribados con PCR en grupos específicos:

- 9) En caso de brote epidémico, se realizarán cribados con pruebas PCR en aquellas poblaciones de riesgo y potencialmente expuestas (por ejemplo: residentes en centros socio-sanitarios, barrios con transmisión comunitaria, centros educativos, bloques de viviendas afectadas, colectivos vulnerables, etc.).

F) Consumo de alcohol no autorizado en vía pública:

- 10) Se reforzarán los controles para impedir el consumo de alcohol que no estuviera autorizado y otras actividades no permitidas en la vía pública. En este sentido, las comunidades autónomas y ayuntamientos aplicarán las sanciones correspondientes.

G) Consumo de tabaco y asimilados:

- 11) No se podrá fumar en la vía pública o en espacios al aire libre cuando no se pueda respetar una distancia mínima interpersonal de, al menos, 2 metros. Esta limitación será aplicable también para el uso de cualquier otro dispositivo de inhalación de tabaco, pipas de agua, cachimbas o asimilados.

H) Recomendaciones:

- 12) Recomendar a la ciudadanía la limitación de los encuentros sociales fuera del grupo de convivencia estable.
- 13) Recomendar a la ciudadanía que los encuentros sociales se limiten a un máximo de 10 personas.
- 14) Realizar periódicamente pruebas PCR a los trabajadores de centros sociosanitarios que estén en contacto directo con residentes.

I) Capacidades sanitarias

- 15) Se garantizarán los medios y capacidades de los sistemas sanitarios para el cumplimiento de lo previsto en el Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19.

2. La Declaración de Actuaciones Coordinadas producirá efectos hasta que se apruebe por el Ministro de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de todas las comunidades y ciudades autónomas, la finalización de su vigencia.

14 de agosto de 2020.



ANEXO V

ACUERDO DE USO DE LA APLICACIÓN “RADAR COVID”, EN FASE DE PRUEBAS, POR PARTE DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS

La Organización Mundial de la Salud elevó el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19 a pandemia internacional. La rapidez en la evolución de los hechos, a escala nacional e internacional, requirió la adopción de medidas inmediatas y eficaces para hacer frente a esta coyuntura.

Tras la finalización del estado de alarma en España, los poderes públicos han ido adoptando diferentes disposiciones y medidas para hacer frente a la pandemia y prevenir y controlar el incremento de casos durante el periodo de “nueva normalidad”. Entre estas medidas figura el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la emergencia ocasionada por el COVID-19, el Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID19, aprobado el 16 de julio de 2020 por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, o la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública para responder a la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID-19, aprobada previo acuerdo de este mismo órgano el pasado 14 de agosto de 2020.

En este sentido, el Real Decreto-ley 21/2020, establece en su artículo 3 que “con carácter excepcional y cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad o urgencia, la Administración General del Estado promoverá, coordinará o adoptará de acuerdo con sus competencias cuantas medidas sean necesarias para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en este real decreto-ley, con la colaboración de las comunidades autónomas”.

Asimismo, las diferentes comunidades y ciudades autónomas, en el marco de sus competencias, han venido adoptando también diversos actos y disposiciones con el objetivo de prevenir, controlar y contener la pandemia en su ámbito territorial. Entre estas medidas, destacan las llevadas a cabo para reforzar el seguimiento, rastreo y localización de casos para incrementar la detección temprana de la enfermedad, una de las claves para el control de la pandemia.

Para contribuir a estas tareas de búsqueda activa de contactos estrechos de casos confirmados, desde la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial (SEDIA), se ha desarrollado, en coordinación con otros miembros de la UE y la red de eHealth, una herramienta digital para complementar las tareas de búsqueda manual de contactos que llevan a cabo los correspondientes servicios de las comunidades y ciudades autónomas.

Esta herramienta tecnológica, denominada “RADAR COVID”, es una aplicación basada en Bluetooth que es capaz de detectar los contactos estrechos de casos confirmados, a través de la detección y el registro de todos los dispositivos que se encuentran a menos de 2 metros durante al menos 15 minutos. Cuando una persona resulta positiva, se proporciona un código rojo que introduce en su aplicación móvil y automáticamente envía una alerta a todos los dispositivos que la aplicación ha clasificado como posibles contactos estrechos, siguiendo los criterios epidemiológicos de la estrategia de detección precoz, vigilancia y control del COVID-19 publicada por el Ministerio de Sanidad.



Durante el mes de julio de 2020, la Secretaría General de Administración Digital, órgano directivo dependiente de la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial, llevó a cabo con éxito un proyecto piloto para comprobar el funcionamiento de esta aplicación en la isla de la Gomera.

A fecha de hoy, la práctica totalidad de las comunidades y ciudades autónomas han mostrado su interés y disposición a adoptar esta solución tecnológica. Muchas de ellas están ya trabajando para adaptar sus sistemas técnicos y servicios de salud para su puesta en marcha.

En este sentido, para que las comunidades y ciudades autónomas que vayan finalizando sus trabajos de adaptación a la nueva aplicación puedan comenzar a utilizarla, y ante la situación de urgencia derivada del incremento de los contagios y la necesidad de hacer efectiva en el menor tiempo posible la aplicación para el rastreo de contactos, resulta preciso establecer una fase de pruebas de dicha aplicación, durante la cual podrán concretar sus protocolos de funcionamiento con la misma.

El presente Acuerdo temporal permite establecer los términos de uso por parte de las comunidades y ciudades autónomas de la aplicación “RADAR COVID” durante dicha fase de pruebas, hasta la fecha de total operatividad de la misma, que se producirá mediante la adhesión a la aplicación a través de los oportunos convenios bilaterales de la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial con las diferentes comunidades y ciudades autónomas.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 19 de agosto de 2020, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA

1. Las comunidades y ciudades autónomas que hayan completado los procesos de adaptación necesarios para la utilización de la aplicación “RADAR COVID”, podrán comenzar a utilizarla en pruebas, con la secuencia temporal que a tal efecto acuerden con la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.
2. Durante la fase de pruebas, la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial realizará las siguientes actuaciones:
 - a) La puesta a disposición del uso de la aplicación a las comunidades y ciudades autónomas que lo soliciten.
 - b) Distribuir a las consejerías con competencias en materia sanitaria los códigos positivos necesarios para que los usuarios de la aplicación con test PCR positivo los introduzcan en la misma, garantizando así la inexistencia de falsos positivos en el sistema.
 - c) Adoptar las medidas de seguridad precisas para proteger la información contenida en la aplicación y los sistemas asociados a soluciones tecnológicas objeto de este Acuerdo.
3. Durante la fase de pruebas, las comunidades y ciudades autónomas asumen los siguientes compromisos:
 - a) Proporcionar y actualizar los datos específicos de la comunidad y ciudad autónoma que se presentan al usuario de la aplicación.



- b) Custodiar los códigos positivos que les suministre la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial y garantizar el buen uso de los mismos, de forma que se distribuyan sólo a aquellos ciudadanos con una prueba PCR positiva y que tengan instalada la aplicación en su dispositivo móvil.
 - c) Garantizar que, durante todo el ciclo de vida de los códigos positivos, desde que se reciben de la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial hasta que se entregan al ciudadano para que los introduzca en su terminal móvil y se marcan como utilizados, no hay vinculación directa ni indirecta de los mismos con los datos personales del ciudadano, incluyendo los correspondientes a su historial clínico.
 - d) Comunicar a la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial las incidencias que afecten al funcionamiento de la aplicación, colaborando en la detección y resolución de las incidencias en el plazo más breve posible.
4. La información recogida durante este periodo de pruebas deberá ser tratada exclusivamente para finalidades de interés público en el ámbito de la salud pública o para garantizar elevados niveles de calidad y de seguridad de la asistencia sanitaria o, en su caso, para proteger los intereses vitales del interesado o de otras personas físicas, sobre la base de la normativa aplicable en materia de salud pública y siempre con las medidas adecuadas y específicas que establezca dicha normativa para proteger los derechos y libertades del interesado, y en particular el secreto profesional.
5. En relación con el tratamiento de datos de carácter personal, y en aplicación del régimen previsto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, durante la vigencia de este Acuerdo, el responsable del tratamiento será el Ministerio de Sanidad y, en su respectivo territorio, cada una de las comunidades y ciudades autónomas que se vayan incorporando durante la fase de pruebas al uso de la aplicación, ostentando plenamente sus competencias en materia sanitaria. El encargado del tratamiento será, en ambos casos, la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial.
6. Este acuerdo mantendrá su vigencia únicamente durante la fase de pruebas de la utilización de la aplicación “RADAR COVID” y, en todo caso, hasta la firma de los convenios bilaterales de adhesión definitiva para el uso de la aplicación.



ANEXO VI

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ADOPTADO EN COORDINACIÓN CON LA CONFERENCIA SECTORIAL DE EDUCACIÓN, SOBRE LA DECLARACIÓN DE ACTUACIONES COORDINADAS EN SALUD PÚBLICA FRENTE AL COVID-19 PARA CENTROS EDUCATIVOS DURANTE EL CURSO 2020-21

La Organización Mundial de la Salud elevó el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública internacional ocasionada por el COVID-19 a pandemia.

La rapidez en la evolución de los hechos, a escala nacional e internacional, requirió la adopción de medidas inmediatas y eficaces para hacer frente a esta crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud. En este sentido, el estado de alarma declarado mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, permitió hacer frente a la situación de emergencia sanitaria con medidas para proteger la salud y la seguridad de los ciudadanos, contener la propagación de la enfermedad y reforzar el Sistema Nacional de Salud.

Tras el levantamiento progresivo de las medidas de contención durante la aplicación de las diferentes fases del Plan para la Transición a una nueva normalidad, aprobado mediante Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de abril de 2020, el pasado 21 de junio finalizó la vigencia del estado de alarma, si bien fue preciso adoptar una serie de medidas para hacer frente a la pandemia y prevenir y controlar el incremento de casos. Estas medidas se incluyeron en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la emergencia ocasionada por el COVID-19. Asimismo, las diferentes comunidades autónomas y ciudades autónomas, en el marco de sus competencias, han adoptado una serie de actos y disposiciones con el objetivo de prevenir, controlar y contener la pandemia en su ámbito territorial. Además, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el pasado 16 de julio de 2020 el Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19, en el que se prevé que, al objeto de “reducir al máximo la transmisión del virus, minimizando su impacto en la salud y en la sociedad, las instituciones deben estar preparadas para responder a cualquier escenario de riesgo para la salud pública, asumiendo (...) que es necesaria la coordinación y la toma de decisiones conjunta en función de los diferentes escenarios”.

El cierre de los centros educativos fue una de las primeras medidas que se adoptaron para hacer frente a la pandemia por lo que en España se ha producido un cierre muy prolongado. Por otro parte, existe amplia evidencia de la que se han hecho eco organismos internacionales como UNICEF, UNESCO, ONU o la OMS sobre el impacto que tiene el cierre de los centros educativos en las oportunidades de crecimiento y desarrollo de niños, niñas y adolescentes y en la generación en consecuencia de desigualdades sociales.

Por otra parte, la evidencia apunta que los niños, niñas y adolescentes tienen menor probabilidad de sufrir complicaciones de la enfermedad y que la mayoría de ellos presentan un cuadro de infección leve o asintomática. Además, todavía no existe suficiente evidencia científica con respecto al papel que tienen los niños y niñas en la transmisión de la enfermedad, aunque parecen tener una menor capacidad de transmisión en contextos de transmisión comunitaria controlada.

En la actualidad aún se desconoce de manera precisa el impacto positivo que el cierre de las escuelas tiene en los niveles de transmisión comunitaria del COVID-19: No obstante, la evidencia disponible indica que el cierre de centros educativos, como medida aislada, tiene poca probabilidad de ser efectivo para controlar



la transmisión. Además, se ha observado que cuando se aplican medidas adecuadas de prevención e higiene, las escuelas no son espacios donde se produzca mayor propagación que otros entornos de la comunidad, como el laboral o el de ocio. Por todo ello, las decisiones sobre las medidas de control y el cierre o apertura de los centros educativos deben ser coherentes con las decisiones sobre otras medidas de respuesta de distanciamiento físico y salud pública dentro de la comunidad y nunca plantearse como medidas aisladas.

El 11 de junio se adoptaron los “Acuerdos de la Conferencia Sectorial de Educación, para el inicio y el desarrollo del curso 2020-2021”, que detallan 14 compromisos educativos para la organización del curso escolar 20-21. Por otra parte, con el fin de lograr una mejor prevención y control de la pandemia, así como para procurar la seguridad de niños, niñas, adolescentes, profesores y demás miembros de la comunidad educativa, con fecha 22 de junio de 2020, los Ministerios de Sanidad y de Educación y Formación Profesional acordaron y difundieron una guía de “Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a Covid-19 en el curso 2020-2021”.

Esta guía de recomendaciones fue consensuada y compartida con las comunidades y ciudades autónomas, las cuales se han inspirado en ella para elaborar sus propios protocolos y planes de contingencia para los centros docentes. Dicho documento incluye una serie de recomendaciones que siguen siendo válidas, por lo que pueden servir de referencia básica para el inicio del nuevo curso, dentro siempre del respeto a las competencias autonómicas que establece nuestro marco constitucional.

La situación actual de la COVID-19 aconseja volver a insistir especialmente en algunos aspectos de aquel protocolo, así como a incluir algunas especificaciones adicionales con objeto de clarificar la aplicación del mismo. Por ese motivo, este acuerdo se adopta teniendo en cuenta el parecer de la Conferencia Sectorial de Educación.

En efecto, hay que tener presente que la educación resulta clave para la adquisición de conocimientos y habilidades, pero, sobre todo, para el desarrollo como persona del alumnado. La educación no presencial no garantiza estas capacidades de crecimiento y desarrollo personal, sino que conlleva evidentes riesgos de generar inequidades de carácter formativo y social, aumentando la brecha educativa.

Igualmente, la posibilidad de que se lleve a cabo el cierre de centros educativos en unas determinadas zonas, como instrumento para luchar contra la COVID-19, puede acarrear el desplazamiento de parte del alumnado y de familias a otras zonas geográficas donde se mantenga la actividad académica en su formato habitual, con el consiguiente riesgo de transmisión del virus.

Se hace, por tanto, necesario retomar de forma prioritaria la actividad educativa presencial, pero adoptando una serie de medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente al COVID-19 que garanticen que la misma se realiza de la manera más segura posible.

Para la prevención de la transmisión del SARS-CoV-2 es necesario mantener una distancia interpersonal de seguridad de al menos 1,5 metros, tal como recoge el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Así mismo, se debe tratar de disminuir el número de personas total con las que se interacciona y evitar las aglomeraciones. Dado que los niños y niñas de menor edad tienen mayor dificultad para el cumplimiento de la distancia, y a su vez, tienen necesidad de mayor interacción y cercanía en los cuidados para el cumplimiento de los objetivos educativos y para su adecuado desarrollo, la mejor alternativa es el establecimiento de grupos de convivencia estables. Estos grupos estarán



formados por un número reducido de alumnos y un tutor/a de referencia, debiendo dichos grupos evitar la interacción con otros. De esta manera, se disminuye la transmisión a través de minimizar las interacciones y se posibilita que los niños y niñas de menor edad puedan socializar y jugar entre sí sin tener que mantener la distancia interpersonal de forma estricta. Así mismo, los grupos de convivencia estable facilitan el estudio de contactos y las indicaciones de cuarentena cuando se produzca algún caso. Las consejerías de educación conservan margen para flexibilizar el máximo del alumnado para los grupos de convivencia estable siempre que la autoridad sanitaria de salud pública de dicha Comunidad Autónoma así lo autorice.

El uso de la mascarilla previene la transmisión, siendo en todo caso una medida complementaria de prevención que no sustituye a la distancia interpersonal de 1,5 metros ni a las demás medidas. En el caso de los niños y niñas de menor edad es difícil asegurar un uso correcto de la misma durante mucho tiempo, por ello es obligatoria a partir de los 6 años de edad.

Más allá de las medidas de limitación de contactos y de prevención personal cobran especial relevancia las de limpieza y ventilación. Cada vez hay más evidencia del impacto que los espacios cerrados tienen en la transmisión del virus, por lo que en este acuerdo se actualizan las recomendaciones sobre ventilación, intensificando su duración y frecuencia, y se recomienda la importancia de priorizar cuando sea posible las actividades al aire libre.

Es fundamental el asegurar el acceso a un menú saludable para todo el alumnado, por lo que se resalta el papel esencial de los comedores, siendo prioritario el mantenimiento de este servicio ya sea en el centro educativo o para llevar a domicilio, y la necesidad de implementar medidas que faciliten que se puedan cumplir las medidas de distancia e higiene en los comedores o espacios alternativos habilitados para tal fin.

La probabilidad de transmisión en el centro educativo, como en otros entornos de la comunidad, puede variar en función de la situación epidemiológica, por lo que en función de esta se podrán necesitar medidas adicionales. El papel de los centros educativos es esencial, por lo que se debe mantener su actividad priorizando, al menos, la educación presencial de la infancia y adolescencia en situación de especial vulnerabilidad (social o por necesidades educativas).

La experiencia en otros países que ya han abierto durante meses sus centros educativos nos enseña que se van a producir casos y algunos brotes, como en el resto de ámbitos de la comunidad, pero que una gestión adecuada de los mismos minimiza su impacto, de ahí la importancia de contar con un procedimiento común para su gestión.

Por todo ello, y tal y como se acordó en la Conferencia Sectorial de Educación celebrada el 11 de junio de 2020, el curso escolar 2020-2021 comenzará en las fechas habituales del mes de septiembre y seguirá unas pautas temporales similares a otros cursos académicos. Se proporcionará a toda la comunidad educativa un entorno seguro, saludable y sostenible, teniendo en cuenta las decisiones de las autoridades sanitarias en función de la situación epidemiológica. En todo caso, se adoptará la actividad lectiva presencial como principio general para todos los niveles y etapas, priorizándola para el alumnado de menor edad, al menos hasta el segundo curso de la Educación Secundaria Obligatoria.

La evolución de la situación epidemiológica, la diversidad y heterogeneidad de algunas de las medidas adoptadas en los diferentes territorios y la necesidad de alinear los esfuerzos conjuntos de todas las autoridades sanitarias, aconsejan establecer un mínimo común de medidas que deberán ser adoptadas por



las comunidades y ciudades autónomas en el ámbito competencial que les es propio, utilizando la figura de la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública prevista en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Estas medidas se acuerdan teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual y se adaptarán al escenario existente en cada momento, ajustándose a la baja o haciéndose más exigentes, según la valoración que hagan de la evolución epidemiológica de la pandemia los órganos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En concreto la Declaración de Actuaciones Coordinadas incluirá 23 medidas, y 5 recomendaciones para su aplicación por las administraciones competentes, tomando en consideración las propuestas discutidas en el seno de la Conferencia Sectorial de Educación.

La Declaración de Actuaciones Coordinadas, que viene referida a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, incluirá a todas las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y surtirá los efectos previstos en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

ACUERDA:

PRIMERO. Que sean declaradas como actuaciones coordinadas en salud pública, de acuerdo con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las siguientes medidas:

I. Medidas referidas a centros educativos

A) Apertura de los centros educativos/presencialidad

1. Con carácter general, la actividad lectiva será presencial para todos los niveles y etapas del sistema educativo, priorizándola para el alumnado de menor edad, al menos hasta el segundo curso de la Educación Secundaria Obligatoria.

La suspensión generalizada de la actividad lectiva presencial de forma unilateral por parte de una Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma, únicamente se adoptará ante situaciones excepcionales.

2. Los centros educativos se mantendrán abiertos durante todo el curso escolar asegurando los servicios de comedor, así como apoyo lectivo a menores con necesidades especiales o pertenecientes a familias socialmente vulnerables, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita, en base a las indicaciones de las autoridades sanitarias.
3. Los centros educativos promoverán que las reuniones de coordinación y aquellas otras actividades no lectivas que sean posible, se realicen de forma telemática.



B) Coordinación efectiva

4. Se constituirá un grupo de coordinación y seguimiento de la evolución de la pandemia por las Consejerías competentes en materia de Sanidad y Educación a nivel autonómico.
5. Todos los centros educativos designarán a una persona responsable para los aspectos relacionados con COVID que debe estar familiarizada con todos los documentos relacionados con centros educativos y COVID-19 vigentes. Esta persona actuará como interlocutor con los servicios sanitarios a requerimiento de la unidad de salud pública correspondiente o por propia iniciativa cuando deba consultar algún asunto y deberá conocer los mecanismos de comunicación eficaz que se hayan establecido con los responsables sanitarios de su ámbito territorial.

C) Limitación de contactos:

6. De forma general, se mantendrá una distancia interpersonal de al menos 1,5 metros en las interacciones entre las personas en el centro educativo.
7. El uso de la mascarilla será obligatorio a partir de 6 años de edad con independencia del mantenimiento de la distancia interpersonal, sin perjuicio de las exenciones previstas en el ordenamiento jurídico.
8. En educación infantil y en primer ciclo de educación primaria, la organización del alumnado se establecerá, con carácter general, en grupos de convivencia estable, en cuyo ámbito no se aplicarán criterios de limitación de distancia. Se debe garantizar la estanqueidad del grupo de convivencia estable en todas las actividades que se realicen dentro del centro educativo.
9. Se evitarán aquellas actividades en el centro educativo que conlleven la mezcla de alumnado de diferentes grupos de convivencia o clases en las que no se pueda mantener la distancia mínima interpersonal.
10. Los eventos deportivos o celebraciones que tengan lugar en los centros educativos se realizarán sin asistencia de público.

D) Medidas de prevención personal

11. Se realizará una higiene de manos de forma frecuente y meticulosa al menos a la entrada y salida del centro educativo, antes y después del patio, de comer y siempre después de ir al aseo, y en todo caso un mínimo de cinco veces al día.
12. El alumnado recibirá educación para la salud para posibilitar una correcta higiene de manos e higiene respiratoria y el uso adecuado de la mascarilla.



E) Limpieza, desinfección y ventilación del centro

13. Se ventilarán con frecuencia las instalaciones del centro, al menos durante 10 - 15 minutos al inicio y al final de la jornada, durante el recreo, y siempre que sea posible entre clases, manteniéndose las ventanas abiertas todo el tiempo que sea posible.
14. Se intensificará la limpieza, en especial en los baños y en las superficies de mayor uso.

F) Comedores escolares

15. Los comedores, o espacios alternativos habilitados para las comidas, permitirán la distancia interpersonal de al menos 1,5 metros, salvo en el caso de pertenecientes a un mismo grupo de convivencia estable. Se asignarán puestos fijos durante todo el año para el alumnado y se garantizará la estanqueidad en el caso de los grupos de convivencia estable.

G) Transporte escolar

16. En el transporte escolar colectivo será obligatorio el uso de mascarilla a partir de 6 años de edad, sin perjuicio de las exenciones previstas en el ordenamiento jurídico y recomendable en niñas y niños de 3 a 5 años. Se asignarán a asientos fijos al alumnado para todo el curso escolar, salvo que, en base a la situación epidemiológica, las autoridades sanitarias determinen un uso más restrictivo del mismo.

H) Gestión de casos y Actuación ante brotes

17. Ante la aparición de casos en el centro educativo, las medidas de prevención y control se llevarán a cabo por parte de la unidad de Salud Pública de la comunidad o ciudad autónoma en base al documento técnico elaborado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta:” Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos”, que tiene como ejes de actuación los siguientes:
 - Evitar la asistencia al centro de personas sintomáticas.
 - Aislamiento precoz y referencia al sistema sanitario de personas con síntomas.
 - Mantenimiento de la actividad extremando precauciones hasta confirmar o descartar la infección en la persona sintomática
 - Cuarentena de los contactos estrechos en los términos que decida la unidad de Salud Pública de la comunidad o ciudad autónoma en base a la “Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19”, la cual propone la realización de PCR a los contactos estrechos para identificar otros posibles infectados y la cuarentena de 14 días o 10 días tras PCR negativa en muestra tomada ese día.
18. El centro educativo informará, explícitamente y con confirmación de recepción de la información, a los padres, madres y otras figuras parentales, o al alumnado mayor de edad, de que el alumnado con cualquier sintomatología aguda no puede acceder al centro educativo. Los centros educativos pueden establecer mecanismos para la identificación de síntomas en los alumnos a la entrada al mismo o una declaración responsable de los progenitores.



19. Se tomará la temperatura corporal a todo el alumnado y el personal de forma previa al inicio de la jornada. En caso de que la toma de temperatura se lleve a cabo en el centro educativo, cada centro dispondrá la forma de llevar a cabo esta actuación, evitando en todo caso aglomeraciones y asegurando el mantenimiento de la distancia interpersonal de al menos 1,5 metros.
20. No acudirán al centro educativo aquellas personas que tengan síntomas compatibles con COVID-19, ya sean parte del alumnado, profesorado u otro personal, así como aquellas que se encuentren en aislamiento por diagnóstico de COVID-19 o en período de cuarentena por contacto estrecho con un caso de COVID-19.
21. Los trabajadores vulnerables al COVID-19 mantendrán las medidas de protección de forma rigurosa, de acuerdo con la evaluación realizada por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y su informe sobre las medidas de prevención, adaptación y protección necesarias, siguiendo lo establecido en el *Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2*.
22. Se informará y formará a las personas trabajadoras sobre los riesgos de contagio y propagación de la COVID-19, con especial atención a las vías de transmisión y las medidas de prevención y protección adoptadas en el centro.
23. La realización de actividades y modalidades formativas en centros no educativos atenderá a los criterios de prevención y control establecidos para el sector correspondiente.

II. Recomendaciones referidas a centros educativos.

24. Priorizar en la medida de lo posible la utilización de espacios al aire libre.
25. En las etapas educativas superiores al primer ciclo de Educación Primaria el alumnado podrá así mismo organizarse en grupos de convivencia estable en la medida de lo posible.
26. Priorizar la comunicación con las familias mediante teléfono, correo electrónico, mensajes o correo ordinario, facilitando las gestiones administrativas de forma telemática.
27. Se recomendará a la ciudadanía la priorización del transporte activo (andando o en bicicleta) en rutas seguras a la escuela como opción de movilidad que mejor garantiza la distancia interpersonal, siendo además una opción más saludable y que evita compartir espacios cerrados.
28. Empezar acciones para prevenir el estigma o discriminación en relación con la COVID-19, cuidando de manera especial las situaciones de mayor vulnerabilidad emocional y social que hayan podido producirse como consecuencia esta pandemia.

SEGUNDO. Para el adecuado seguimiento de la evolución de la pandemia, y la posible adopción de medidas de forma coordinada, se continuará celebrando semanalmente una reunión del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estas sesiones serán convocadas con la citada periodicidad por los órganos competentes para ello. Asimismo, el Ministerio de Educación y Formación Profesional



convocará las reuniones que considere necesarias de la Comisión General de Educación, con objeto de analizar el impacto de la pandemia en los centros educativos.

TERCERO: Todas las medidas y recomendaciones contempladas en la Declaración de Actuaciones Coordinadas se deberán adaptar de acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica, a las indicaciones de las autoridades sanitarias y a las guías, protocolos y procedimientos de actuación existentes o que se desarrollen en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para cada escenario previsto de transmisión del SARS-CoV-2.

Asimismo, se tomarán las medidas oportunas y se garantizarán los recursos materiales y humanos necesarios para dar respuesta a lo establecido en las medidas consensuadas por ambos sectores (sanidad y educación) en el documento del 22 de junio de 2020: “Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a covid-19 para centros educativos en el curso 2020-2021.”

Las medidas incluidas en el protocolo conjunto del 22 de junio, así como las destacadas en este documento, se adoptarán en todo caso de acuerdo con lo que dispongan al efecto las Administraciones educativas y sanitarias competentes.

CUARTO. En los supuestos en que la ejecución de las actuaciones contempladas en la Declaración de Actuaciones Coordinadas requiera de la adopción, por parte de las Comunidades Autónomas o Ciudades Autónomas, de algún acto o disposición, estos se adoptarán a más tardar el 31 de agosto de 2020.

QUINTO. La Declaración de Actuaciones Coordinadas producirá efectos hasta que se apruebe por el Ministro de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de todas las comunidades y ciudades autónomas, la finalización de su vigencia.

27 de agosto de 2020.



ANEXO VII

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ADOPTADO SOBRE LA DECLARACIÓN DE ACTUACIONES COORDINADAS EN SALUD PÚBLICA EN RELACIÓN CON LA VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE

La Organización Mundial de la Salud elevó el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública internacional ocasionada por el COVID-19 a pandemia.

La rapidez en la evolución de los hechos, a escala nacional e internacional, requirió la adopción de medidas inmediatas y eficaces para hacer frente a esta crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud. En este sentido, el estado de alarma declarado mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, permitió hacer frente a la situación de emergencia sanitaria con medidas para proteger la salud y la seguridad de los ciudadanos, contener la propagación de la enfermedad y reforzar el Sistema Nacional de Salud.

Tras el levantamiento progresivo de las medidas de contención durante la aplicación de las diferentes fases del Plan para la Transición a una nueva normalidad, aprobado mediante Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de abril de 2020, el pasado 21 de junio finalizó la vigencia del estado de alarma, si bien fue preciso adoptar una serie de medidas para hacer frente a la pandemia y prevenir y controlar el incremento de casos. Estas medidas se incluyeron en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la emergencia ocasionada por el COVID-19. Asimismo, las diferentes comunidades autónomas y ciudades autónomas, en el marco de sus competencias, han adoptado una serie de actos y disposiciones con el objetivo de prevenir, controlar y contener la pandemia en su ámbito territorial. Además, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el pasado 16 de julio de 2020 el Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19, en el que se prevé que, al objeto de “reducir al máximo la transmisión del virus, minimizando su impacto en la salud y en la sociedad, las instituciones deben estar preparadas para responder a cualquier escenario de riesgo para la salud pública, asumiendo (...) que es necesaria la coordinación y la toma de decisiones conjunta en función de los diferentes escenarios”.

Por otra parte, la gripe es un importante problema de salud, tanto por la mortalidad que puede provocar directa o indirectamente, como por las complicaciones que puede ocasionar y los costes económicos y sociales que origina. La vacunación es la medida más efectiva para prevenir la gripe y sus complicaciones, sobre todo en las personas que tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedad grave en caso de adquirirla. Desde el Ministerio de Sanidad, junto con las comunidades autónomas, se trabaja activamente cada año en el establecimiento de los grupos de población con mayor riesgo de complicaciones derivadas de la gripe y los objetivos de coberturas de vacunación para cada temporada, con la finalidad de reducir el impacto de esta enfermedad en la población más vulnerable.

La pandemia por COVID-19 ha ocasionado en España una importante saturación del sistema asistencial. El modo de transmisión y los síntomas del nuevo coronavirus y del virus de la gripe son muy similares. Por lo tanto, debido a la posible coexistencia durante esta próxima temporada 2020-2021 de la circulación de ambos virus, se han planteado nuevos objetivos con la finalidad de proteger a los más vulnerables e intentar prevenir también la saturación del sistema asistencial: alcanzar al menos coberturas del 75% en personal sanitario y mayores de 64 años y de un 60% en embarazadas y en personas con condiciones de riesgo.



El contexto actual de situación de pandemia por COVID-19 y la posibilidad de una segunda oleada de transmisión del nuevo coronavirus en otoño-invierno, aconsejan el adelanto de las actividades de vacunación en el tiempo. De esta manera, el personal sanitario encargado de la gestión y ejecución del programa de vacunación frente a la gripe podrá compaginar las actividades relacionadas con la epidemia de gripe y con la pandemia por COVID-19.

Además, la vacunación temprana del personal sanitario y de las personas vulnerables, puede ayudar a captar mejor a la población diana de la vacunación. De esta manera se puede contribuir mejor a alcanzar los objetivos fijados para esta campaña.

La evolución de la situación epidemiológica, la diversidad y heterogeneidad de algunas de las medidas adoptadas en los diferentes territorios y la necesidad de alinear los esfuerzos conjuntos de todas las autoridades sanitarias, aconsejan establecer un mínimo común de medidas que deberán ser adoptadas por las comunidades y ciudades autónomas en el ámbito competencial que les es propio, utilizando la figura de la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública prevista en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Estas medidas se acuerdan teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual y se adaptarán al escenario existente en cada momento, ajustándose a la baja o haciéndose más exigentes, según la valoración que hagan de la evolución epidemiológica de la pandemia los órganos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En concreto la Declaración de Actuaciones Coordinadas incluirá 6 medidas para su aplicación por las administraciones competentes.

La Declaración de Actuaciones Coordinadas, que viene referida a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, incluirá a todas las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y surtirá los efectos previstos en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

ACUERDA:

PRIMERO. Que sean declaradas como actuaciones coordinadas en salud pública, de acuerdo con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las siguientes medidas:

1. Los grupos de población a vacunar frente a la gripe en la temporada 2020/21 serán los acordados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrada el 5 de mayo de 2020:
 - A. Personas mayores, preferentemente a partir de los 65 años de edad. Se hará especial énfasis en aquellas personas que conviven en instituciones cerradas.
 - B. Personas con menos de 65 años de edad que presentan un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe.
 - C. Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones, incluyendo personal sanitario y sociosanitario, así como convivientes.



D. Personas que trabajan en servicios públicos esenciales y otros.

Las comunidades y ciudades autónomas realizarán el esfuerzo necesario para alcanzar los objetivos fijados para esta campaña de vacunación, es decir, alcanzar o superar coberturas de vacunación del 75% en mayores, preferentemente a partir de los 65 años, y en el personal sanitario y sociosanitario, así como superar el 60% en embarazadas y en personas con condiciones de riesgo.

2. El comienzo de la campaña de vacunación se realizará de forma coordinada en todas las comunidades y ciudades autónomas en la primera quincena de octubre.
3. Se comenzará por la vacunación de las personas mayores institucionalizadas y el personal sanitario y sociosanitario, seguidamente se vacunará al resto de grupos recomendados.
4. Se reforzará la medición de las coberturas de vacunación en los grupos de alto riesgo de complicaciones por presentar condiciones clínicas especiales.
5. Se comunicará a los gestores de los centros sanitarios y sociosanitarios los objetivos y la política de vacunación de esta campaña, así como la necesidad de la asignación de personal específico para la vacunación y de la realización de medidas de comunicación y concienciación de la importancia de la vacunación.
6. Se instará a reforzar el compromiso de las organizaciones de personal sanitario, sindicatos, colegios profesionales y sociedades científicas con la vacunación anual frente a la gripe, instándoles a que trasladen a sus integrantes la recomendación de vacunación por responsabilidad ética con las personas de riesgo a las que atienden.

SEGUNDO. Para el adecuado seguimiento de la evolución de la pandemia, y la posible adopción de medidas de forma coordinada, se continuará celebrando semanalmente una reunión del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estas sesiones serán convocadas con la citada periodicidad por los órganos competentes para ello.

TERCERO: Todas las medidas y recomendaciones contempladas en la Declaración de Actuaciones Coordinadas se deberán adaptar de acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica, a las indicaciones de las autoridades sanitarias y a las guías, protocolos y procedimientos de actuación existentes o que se desarrollen en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para cada escenario previsto de transmisión del SARS-CoV-2.

Las medidas se adoptarán en todo caso de acuerdo con lo que dispongan al efecto las Administraciones sanitarias competentes.

CUARTO. En los supuestos en que la ejecución de las actuaciones contempladas en la Declaración de Actuaciones Coordinadas requiera de la adopción, por parte de las Comunidades Autónomas o Ciudades Autónomas, de algún acto o disposición, estas se adoptarán a más tardar el 31 de agosto de 2020.

QUINTO. La Declaración de Actuaciones Coordinadas producirá efectos hasta que se apruebe por el Ministro de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de todas las comunidades y ciudades autónomas, la finalización de su vigencia.

27 de agosto de 2020.



ANEXO VIII

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LA DECLARACIÓN DE ACTUACIONES COORDINADAS EN SALUD PÚBLICA PARA REFORZAR LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DE LA COVID-19 EN LOS PRÓXIMOS MESES.

España, como buena parte del resto del mundo, está haciendo frente a la emergencia sanitaria más grave de los últimos cien años y lo está haciendo con una gran disciplina social y reforzando la comunicación y la coordinación entre todas las administraciones públicas para crear una red protectora que minimice el número de víctimas y las consecuencias sociales sobre la población.

Desde que se tuvo conocimiento de la existencia del SARS-CoV-2 en el mes de enero, el Ministerio de Sanidad y las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas adoptaron las primeras medidas, para prevenir y controlar la expansión del virus, siguiendo las recomendaciones formuladas por los organismos internacionales (OMS, ECDC). Desde ese mismo instante, también todas y cada una de las entidades locales activaron las medidas necesarias para atender a las necesidades de la ciudadanía.

La Organización Mundial de la Salud reconoció, el día 11 de marzo, la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 como una pandemia.

La rapidez en la evolución de los hechos, a escala nacional e internacional, requirió la adopción de medidas inmediatas y eficaces para hacer frente a esta crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud. En este sentido, el estado de alarma declarado mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, permitió hacer frente a la situación de emergencia sanitaria con medidas para proteger la salud y la seguridad de los ciudadanos, contener la propagación de la enfermedad y reforzar el Sistema Nacional de Salud.

Tras el levantamiento progresivo de las medidas de contención durante la aplicación de las diferentes fases del Plan para la Transición a una nueva normalidad, aprobado mediante Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de abril de 2020, el pasado 21 de junio finalizó la vigencia del estado de alarma, si bien fue preciso adoptar una serie de medidas para hacer frente a la pandemia y prevenir y controlar el incremento de casos. Estas medidas se incluyeron en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la emergencia ocasionada por el COVID-19. Asimismo, las diferentes comunidades autónomas, ciudades autónomas, y las entidades locales, en el marco de sus competencias y de un modelo de cogobernanza, han adoptado una serie de actos y disposiciones con el objetivo de prevenir, controlar y contener la pandemia en su ámbito territorial. Además, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el pasado 16 de julio de 2020, el Plan de Respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19, en el que se prevé que, al objeto de *“reducir al máximo la transmisión del virus, minimizando su impacto en la salud y en la sociedad, las instituciones deben estar preparadas para responder a cualquier escenario de riesgo para la salud pública, asumiendo (...) que es necesaria la coordinación y la toma de decisiones conjunta en función de los diferentes escenarios”*.

Ante la evolución de la situación epidemiológica, con un elevado incremento de los contagios, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó, por unanimidad, que fueran declaradas por el Ministro de Sanidad actuaciones coordinadas en salud pública para responder a la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID-19, de acuerdo con lo establecido



en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, un grupo de medidas en relación con varios ámbitos. Estas medidas son de obligado cumplimiento para el conjunto de las comunidades y ciudades autónomas, a través de los instrumentos que correspondan en su ámbito territorial.

Asimismo, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud, acordó el pasado 27 de agosto, que fueran declaradas por el Ministro de Sanidad actuaciones coordinadas en salud pública frente al COVID-19, tanto para centros educativos durante el curso 2020-2021, como en relación con la vacunación frente a la gripe estacional. El primero de dichos Acuerdos fue adoptado en coordinación con la Conferencia Sectorial de Educación. La aplicación de las medidas contenidas en dichas actuaciones coordinadas tiene como objetivo evitar la necesidad de imponer medidas más restrictivas y de más impacto en la sociedad, la movilidad y la economía.

Ante el crecimiento del número de nuevos casos positivos, es necesario reforzar las medidas de control de la COVID-19 con una mayor capacidad de vigilancia y control de la epidemia en España, con el fin de minimizar riesgos para la salud de los grupos vulnerables y de la población en general.

Debido a la evolución de la pandemia, se proponen nuevas medidas relacionadas con la necesaria coordinación entre todas las administraciones competentes en los distintos ámbitos territoriales. También se proponen actuaciones coordinadas para garantizar la aplicación correcta y equitativa de las medidas de prevención que estarán disponibles en los próximos meses, como la vacuna frente al COVID-19.

Además, se considera relevante profundizar en los efectos de la epidemia en nuestro país mediante el estudio de seroprevalencia, un instrumento de investigación que se ha demostrado muy útil para este fin, y que cuenta con reconocimiento internacional.

La necesidad de ahondar en los objetivos anteriormente mencionados, aconseja la adopción nuevamente de medidas coordinadas, mediante la fórmula prevista en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Vacunación frente a COVID-19

A pesar de las medidas de salud pública puestas en marcha desde que se inició la pandemia por COVID-19 aún existe una elevada proporción de la población susceptible a la infección. En esta situación, la mejor herramienta para reducir la incidencia de la enfermedad y mejorar la protección de la salud, es el aumento de los niveles de inmunidad de la población mediante la vacunación.

Desde el inicio de la aparición del virus SARS-CoV-2 en humanos se están realizando importantes esfuerzos de investigación y desde el punto de vista regulatorio, para poder disponer de vacunas seguras y eficaces cuanto antes, con la finalidad de proteger a la población más vulnerable, garantizando un acceso equitativo a las dosis disponibles.

España participa en el acuerdo de compra conjunta que realizará la Unión Europea y forma parte del equipo negociador y la asesoría científica. El objetivo de este acuerdo es facilitar el desarrollo y acceso equitativo a las dosis necesarias de vacunas seguras y eficaces en el menor tiempo posible a todos los países participantes.



Inicialmente, se prevé que las vacunas lleguen de forma paulatina, por lo que se hace necesario priorizar los grupos de población que se vacunarán de manera progresiva. Para ello se deberán tener en cuenta los grupos de interés prioritarios para la vacunación, así como el perfil de eficacia y seguridad de cada vacuna.

Se deberá disponer de un registro estatal de vacunación para realizar un seguimiento adecuado de la vacunación realizada. Dada la heterogeneidad en los sistemas de información de vacunación actuales en las comunidades y ciudades autónomas, se requieren actuaciones coordinadas entre los diferentes sistemas autonómicos para su adaptación y confluencia a un registro estatal que se encuentre disponible en el momento en que se empiecen a administrar las primeras vacunas.

Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID

El Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), dependiente orgánicamente del Ministerio de Ciencia e Innovación, pusieron en marcha en coordinación con los servicios de salud de las Comunidades Autónomas el Estudio Nacional Sero-Epidemiológico ENE-COVID. Este estudio se llevó a cabo en tres rondas sucesivas, en las que se recopilaban datos epidemiológicos y muestras para la determinación de anticuerpos en una muestra representativa de la población española.

El estudio ha sido ampliamente reconocido por la comunidad científica internacional. Los resultados finales del estudio ENE-COVID, que fueron presentados públicamente el pasado mes de julio coincidiendo con la publicación de un artículo en la prestigiosa revista *The Lancet*, constataron una inmunidad del 5% de la población española, descartándose a corto plazo el objetivo de la inmunidad de grupo.

En aquel momento, ya se acordó con las comunidades autónomas continuar con este estudio de cara al otoño, con la realización de nuevas oleadas. Se pretende, por tanto y de acuerdo con las comunidades autónomas, repetir el ejercicio a partir del mes de octubre. No obstante, para la determinación de la fecha de inicio de las pruebas de campo, se tendrá en cuenta la necesidad de armonizar éstas con el calendario de vacunación de la gripe, con el fin de no sobrecargar el sistema asistencial en los centros de salud.

Las sucesivas rondas del estudio permitirán estimar la seroprevalencia en el nuevo escenario a nivel nacional, autonómico y provincial, estimar la tasa de infección en población no detectada como infectada en las rondas previas y la duración de la presencia de anticuerpos circulantes.

Cribados comunitarios para el control de la epidemia de COVID-19

La evidencia científica disponible, y las indicaciones de los organismos internacionales, sobre los estudios de cribado en población asintomática recomienda basarse en criterios epidemiológicos locales, la viabilidad de la técnica diagnóstica, la validez de la prueba diagnóstica, la disponibilidad de recursos, la capacidad de realización de estudio de contactos estrechos y los objetivos que se persiguen con dicho cribado, entre otros.

Por otro lado, la experiencia acumulada por las comunidades y ciudades autónomas en los últimos meses puede ayudar a consensuar y compartir criterios comunes para futuros protocolos de cribado en población asintomática.

Además, la disponibilidad de nuevas pruebas diagnósticas, así como sus características, han de tenerse en cuenta en estos estudios de cribado en el futuro.



Refuerzo de la coordinación con las Entidades Locales

Todas las Entidades Locales han tenido un papel primordial tanto en la contención de la epidemia de COVID-19 como en paliar sus consecuencias económicas y sociales, como así se ha demostrado desde el inicio de la misma. Las acciones desarrolladas por las Entidades Locales han sido de gran importancia para informar a la ciudadanía, facilitar el cumplimiento de las medidas de prevención e higiene por parte de toda la población y para identificar a las personas vulnerables que requieren apoyo de los servicios sociales, entre otros muchos aspectos.

En la fase actual, la colaboración municipal es también clave en la gestión de los casos y contactos estrechos que no requieren hospitalización. De ahí la importancia de estrechar la interlocución con todas las administraciones para mejorar la coordinación y respuesta frente al virus.

El Gobierno de España y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) ya han acordado mantener reuniones periódicas de seguimiento y cooperación mutua en esta materia.

Resulta, por tanto, absolutamente necesario en esta fase de lucha contra la pandemia reforzar la cogobernanza, impulsando una más estrecha colaboración entre las comunidades, ciudades autónomas y las entidades locales, con el objetivo de aunar esfuerzos para avanzar en el control de la pandemia mejorando la salud y el bienestar de la población.

En definitiva, la evolución de la situación epidemiológica y la necesidad de alinear los esfuerzos conjuntos de todas las autoridades sanitarias, aconsejan establecer un mínimo común de medidas en relación con los aspectos señalados anteriormente, que deberán ser adoptadas por las comunidades y ciudades autónomas en el ámbito competencial que les es propio, utilizando la figura de la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública prevista en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En concreto, la Declaración de Actuaciones Coordinadas incluirá 9 medidas, y 4 recomendaciones para su aplicación por las administraciones competentes.

La Declaración de Actuaciones Coordinadas, que viene referida a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, incluirá a todas las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y surtirá los efectos previstos en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

ACUERDA:

PRIMERO. Que sean declaradas como actuaciones coordinadas en salud pública, de acuerdo con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las siguientes medidas:

Medidas sobre vacunación frente a COVID-19:

1. Las comunidades y ciudades autónomas implementarán la campaña de vacunación en base a una única estrategia de vacunación frente a SARS-CoV-2. Esta estrategia se basará en la propuesta de



la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en la que participarán los expertos de las Comunidades y Ciudades Autónomas que forman parte de la misma, y que recabarán la opinión de expertos en bioética y de sociedades científicas. La estrategia se aprobará en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

2. Las comunidades autónomas deberán disponer de todos los materiales, equipos y recursos necesarios para la administración de las vacunas que provea el Ministerio de Sanidad.
3. El Ministerio de Sanidad, en colaboración con las comunidades y ciudades autónomas, creará un registro estatal de vacunación frente al SARS-CoV-2, que se nutrirá con la información procedente de los registros y sistemas de información de vacunas, o de cualquier otro sistema con información de interés de las comunidades y ciudades Autónomas.

Medidas relativas al Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID:

4. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acuerda realizar tres nuevas rondas del Estudio Nacional de Seroprevalencia ENECOVID. La primera ronda se iniciará a finales del mes de octubre de 2020; y las siguientes en los meses de febrero y junio de 2021.

Medidas en relación con los cribados en asintomáticos:

5. Los cribados en población asintomática se realizarán cuando se estime necesario y siempre bajo el criterio de la unidad de Salud Pública de la comunidad o ciudad autónoma.
6. Los cribados poblacionales tendrán un objetivo concreto definido en su protocolo técnico.
7. La información de interés que resulte de la experiencia en la utilización de estos cribados se compartirá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con el fin de aumentar el conocimiento y la buena práctica de estas medidas.

Medidas para reforzar la coordinación con las Entidades Locales:

8. Las comunidades y ciudades autónomas seguirán manteniendo reuniones periódicas con la federación de municipios y provincias de su ámbito territorial con el objetivo de coordinar acciones comunes de control de la transmisión del virus.
9. Las Consejerías competentes en materia de Sanidad comunicarán a las Entidades Locales de aquellos ámbitos territoriales con especial incidencia o interés desde el punto de vista de la evolución de la pandemia, toda la información necesaria para valorar la situación y coordinar la adopción de las medidas de control en su ámbito territorial

Recomendaciones en relación con los cribados en asintomáticos:

1. Se recomienda que, siempre que sea posible, se sigan las recomendaciones y los criterios emanados de la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en base a la evidencia científica disponible y la prueba diagnóstica adecuada.



2. Se recomienda que, siempre que sea posible, las pruebas a utilizar en los cribados sean aquellas en las que el proceso de validación se haya realizado en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Recomendaciones para reforzar la coordinación con las Entidades Locales:

3. Dado que la mejora de la salud, el bienestar y el control de la pandemia requieren de la actuación de diversos sectores, se recomienda implementar mecanismos de comunicación y coordinación intersectorial en el ámbito local, bajo el marco de la cooperación entre administraciones, teniendo en cuenta las competencias de cada una de ellas.
4. Se recomienda trabajar conjuntamente con las Entidades Locales para favorecer el uso de los espacios públicos conforme a las necesidades derivadas de la evolución de la pandemia, la atención a la población en situación de vulnerabilidad, la participación y fomento de otras fórmulas de cooperación con la sociedad civil, las medidas de prevención de enfermedades crónicas o las tareas de limpieza y desinfección de edificios.

SEGUNDO: Todas las medidas y recomendaciones contempladas en la Declaración de Actuaciones Coordinadas se deberán adaptar de acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica, a las indicaciones de las autoridades sanitarias y a las guías, protocolos y procedimientos de actuación existentes o que se desarrollen en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para cada escenario previsto de transmisión del SARS-CoV-2.

TERCERO. La Declaración de Actuaciones Coordinadas producirá efectos desde su notificación a las comunidades y ciudades autónomas hasta que se apruebe por el Ministro de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de todas las comunidades y ciudades autónomas, la finalización de su vigencia.

9 de septiembre de 2020.



ANEXO IX

ACUERDO RELATIVO A LA INCORPORACIÓN DE PROFESIONALES DEL MINISTERIO DE DEFENSA PARA COLABORAR EN LAS TAREAS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE CONTACTOS EN EL MARCO DE LA “ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ Y VIGILANCIA Y CONTROL DE LA COVID-19”

La Organización Mundial de la Salud declaró el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de pandemia internacional originada por la COVID-19.

La rapidez en la evolución de dicha situación, a escala nacional e internacional, requirió y la adopción de medidas inmediatas y eficaces para hacer frente a esta coyuntura, como la activación del mecanismo constitucional del estado de alarma a través del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo.

Tras la finalización del estado de alarma decretado a través del Real Decreto 463/2020, de 14 de febrero, los poderes públicos han ido adoptando diferentes disposiciones y medidas para continuar haciendo frente a la pandemia y prevenir y controlar el incremento de casos durante el periodo de “nueva normalidad”.

En este periodo, cada administración, en el ámbito de sus competencias, ha venido adoptando distintas actuaciones en el marco de los principios de cooperación, colaboración y coordinación, cuando ésta fuera necesaria, en búsqueda de una gobernanza conjunta del desafío que supone la lucha contra el COVID-19.

Entre estas medidas figura el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la emergencia ocasionada por el COVID-19, el Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID19 o la aprobación de diversas Declaraciones de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública.

En este sentido, adquiere especial relevancia el seguimiento, rastreo y localización de casos y contactos con el objetivo de controlar y mitigar la expansión del SARS-CoV-2 en el conjunto de la población, tal como remarca la “Estrategia de Detección Precoz y Vigilancia y Control del COVID-19”.

Es por ello que las diferentes comunidades y ciudades autónomas, en el marco de sus competencias, han venido adoptando diversos actos y disposiciones en su correspondiente ámbito territorial para incrementar la detección temprana de la enfermedad.

Para contribuir y apoyar a las entidades territoriales competentes en estas tareas de identificación y control de contacto, la Administración General del Estado, a través de la Unidad Militar de Emergencias (UME), inserta en el Ministerio de Defensa, y bajo la autorización y coordinación del Ministerio de Sanidad, ha puesto a disposición de las comunidades y ciudades autónomas el personal militar que integra las Unidades de Vigilancia Epidemiológica (UVE). Este personal ha sido debidamente seleccionado priorizando aquel personal con formación sanitaria y realizando la totalidad de sus integrantes un programa de formación específica. En definitiva, proveyendo perfiles idóneos y cualificados para el desempeño de las tareas referidas.

El apoyo a las comunidades y ciudades autónomas se ofrecerá como un servicio completo que será llevado a cabo a través de estas Unidades, asumiendo las labores que sean asignadas por los equipos de salud pública de las Consejerías de Sanidad, en coordinación con los técnicos de salud pública del Ministerio de Sanidad.



Esta misión se enmarca en las previsiones contenidas en el artículo 15.3 de la Ley Orgánica 5/2005 de la Defensa Nacional, que establece que las Fuerzas Armadas, junto con las Instituciones del Estado y las Administraciones Públicas, deben preservar la seguridad y bienestar de los ciudadanos en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas, conforme a lo establecido en la legislación vigente.

El presente Acuerdo permite establecer los términos en los que se produce la incorporación de los equipos y en los que se desarrollará la ejecución de las tareas de identificación y seguimiento por parte de sus integrantes, con particular referencia a las cuestiones vinculadas con la protección de datos de carácter personal.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 9 de septiembre de 2020, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA

1. El procedimiento de solicitud, valoración y asignación de equipos de rastreo integrados por personal de las Unidades de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Defensa será el establecido en la Guía de actuación remitida por el Ministerio de Sanidad el 27 de agosto de 2020 a las Comunidades y Ciudades Autónomas.
2. Los equipos de rastreo actuarán sobre el territorio de la comunidad autónoma solicitante y mantendrán su dependencia del Ministerio de Defensa.
3. El personal de las Unidades de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Defensa desarrollará funciones de identificación y control de contactos estrechos de casos, para lo que dispondrán de la información estrictamente necesaria, proporcional y adecuada para el desarrollo de sus tareas, debiendo ser tratada exclusivamente para finalidades de interés público en el ámbito de la salud pública o, en su caso, para proteger los intereses vitales del interesado o de otras personas físicas, sobre la base de la normativa aplicable en materia de salud pública y siempre con las medidas adecuadas y específicas que establezca dicha normativa para proteger los derechos y libertades del interesado.
4. El tratamiento de datos de carácter personal que se derive de las tareas de identificación y control se someterá a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE; la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y los criterios interpretativos dados por la Agencia Española de Protección de Datos.
5. Mientras subsista el despliegue de los equipos de rastreo a los que se refiere este Acuerdo, el responsable del tratamiento será el Ministerio de Sanidad y cada una de las comunidades y ciudades autónomas solicitantes en su ámbito territorial, y el encargado del tratamiento será el Ministerio de Defensa. A estos efectos, los Ministerios de Sanidad y Defensa suscribirán a la mayor brevedad una Resolución conjunta en la que se establezcan las condiciones y garantías del tratamiento a las que

se refiere el artículo 28.3 del Reglamento (UE) 2016/679, y que vincularán a las comunidades y ciudades autónomas que hayan solicitado y recibido efectivos.

6. Los medios desplegados se mantendrán operativos el tiempo necesario, sin perjuicio que pueda irse adaptando su configuración, ubicación y número de efectivos, en función de las necesidades derivadas de la situación epidemiológica.



ANEXO X

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LA DECLARACIÓN DE ACTUACIONES COORDINADAS EN SALUD PÚBLICA PARA RESPONDER ANTE SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO POR TRANSMISIÓN NO CONTROLADA DE INFECCIONES CAUSADAS POR EL SARS-CoV-2

La Organización Mundial de la Salud elevó el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 a pandemia internacional.

La rapidez en la evolución de los hechos, a escala nacional e internacional, requirió la adopción de medidas inmediatas y eficaces para hacer frente a esta crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud. En este sentido, el estado de alarma declarado mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, permitió hacer frente a la situación de emergencia sanitaria con medidas para proteger la salud y la seguridad de los ciudadanos, contener la propagación de la enfermedad y reforzar el Sistema Nacional de Salud.

El día 21 de junio finalizó el proceso de desescalada y la vigencia del estado de alarma, entrando el país en la etapa de nueva normalidad. En este escenario de control fue preciso adoptar una serie de medidas para seguir haciendo frente a la pandemia y evitar un nuevo incremento de casos. Con este objetivo se aprobó el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19, donde se establecen las medidas generales de prevención y control que se deben mantener durante esta nueva normalidad.

Asimismo, con el fin de intensificar las medidas de prevención, seguimiento y control de la epidemia y ofrecer una respuesta coordinada del conjunto de Administraciones, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el pasado 16 de julio de 2020 el Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID19, en el que se prevé que, al objeto de “reducir al máximo la transmisión del virus, minimizando su impacto en la salud y en la sociedad, las instituciones deben estar preparadas para responder a cualquier escenario de riesgo para la salud pública, asumiendo que es necesaria la coordinación y la toma de decisiones conjunta en función de los diferentes escenarios”.

En este Plan de Respuesta se asumió el compromiso de garantizar una capacidad de detección y control suficiente para detectar el incremento de la transmisión en la población mediante el funcionamiento adecuado del sistema de alerta precoz y vigilancia epidemiológica, permitiendo una identificación y aislamiento precoz de las fuentes de infección. Entre otras medidas, en dicho Plan se acordó garantizar una capacidad suficiente de recursos humanos en los servicios de Salud Pública y Atención Primaria dedicados a la respuesta de COVID-19, disponer de planes de contingencia para asegurar una continuidad de la actividad de Salud Pública y Atención Primaria ante un posible incremento de la transmisión, identificar de forma precoz los contagios, buscar activamente los casos y aplicar medidas efectivas de aislamiento en los domicilios o en establecimientos designados por las autoridades.

Si bien es cierto que las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas han hecho y continúan haciendo importantes esfuerzos en el seguimiento y vigilancia de la epidemia, con grandes avances en los sistemas de detección temprana de la enfermedad, el refuerzo de los servicios de salud pública y la adopción de diferentes medidas dirigidas a controlar los brotes y frenar los contagios, es cierto que desde principios de agosto comenzó a detectarse un incremento de la incidencia de la enfermedad en todas las comunidades autónomas que incluyó un componente de transmisión comunitaria.



Con la finalidad de dar respuesta a estas situaciones, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó, por consenso, con fecha 14 de agosto que fueran declaradas una serie de medidas como actuaciones coordinadas en salud pública para responder a la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID-19.

En concreto, se acordaron medidas de control en relación con los locales de ocio (cierre de discotecas, salas de baile y bares de copas), con los establecimientos de hostelería y restauración (previsión de la 1:00 como hora máxima de cierre), respecto a los centros sociosanitarios de carácter residencial (limitación de las visitas a una persona por residente y limitación de las salidas de los residentes, entre otras), en relación con los eventos y actividades multitudinarios, respecto a cribados con PCR en grupos específicos, en relación con el consumo de alcohol no autorizado en la vía pública (previsión de refuerzo de los controles y de aplicación de las sanciones) y el consumo de tabaco y asimilados (prohibición de fumar en la vía pública o espacios al aire libre cuando no se pueda respetar una distancia mínima interpersonal de, al menos, 2 metros). Asimismo, se propusieron tres recomendaciones en la línea de limitar los encuentros sociales fuera del grupo de convivencia estable, así como realizar periódicamente pruebas PCR a los trabajadores de los centros sociosanitarios que estuvieran en contacto con residentes. Por último, se recogía una indicación con la finalidad de garantizar los medios y capacidades de los sistemas sanitarios para el cumplimiento de lo previsto en el Plan de Respuesta Temprana.

Posteriormente, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, acordó el pasado 27 de agosto, que fueran declaradas por el Ministro de Sanidad actuaciones coordinadas en salud pública frente al COVID-19, tanto para centros educativos durante el curso 2020-2021, como en relación con la vacunación frente a la gripe estacional. El primero de dichos Acuerdos fue adoptado en coordinación con la Conferencia Sectorial de Educación, con el objetivo de retomar de forma prioritaria la actividad educativa presencial, pero adoptando una serie de medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente al COVID-19 que garanticen que la misma se realiza de la manera más segura posible. El segundo de estos Acuerdos tenía por objetivo el adelanto de las actividades de vacunación en el tiempo, ya que la vacunación temprana del personal sanitario y de las personas vulnerables, contribuye a captar mejor a la población diana de la vacunación. De esta manera se pretende impulsar la consecución de los objetivos fijados para esta campaña.

Finalmente, el pasado día 9 de septiembre, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó que fueran declaradas nuevas actuaciones coordinadas para garantizar la aplicación correcta y equitativa de las medidas de prevención que estarán disponibles en los próximos meses, como la vacuna frente a la COVID-19, así como la realización de tres nuevas rondas del Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID. Asimismo, se acordaron actuaciones en relación con los cribados en asintomáticos, los cuales deben realizarse cuando se estime necesario y siempre bajo el criterio de la unidad de Salud Pública de la comunidad o ciudad autónoma, recomendándose que, siempre que sea posible, las pruebas a utilizar en los cribados sean aquellas en las que el proceso de validación se haya realizado en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Finalmente, se acordaron medidas y recomendaciones para reforzar la coordinación con las Entidades Locales.

La necesidad y oportunidad de adoptar estas medidas conjuntas se considera siempre a partir del seguimiento continuo que el Ministerio de Sanidad, en coordinación con las comunidades y ciudades autónomas, realiza de la evolución del virus y de su impacto en la capacidad de los sistemas sanitarios autonómicos, con el fin de detectar y actuar ante brotes o escenarios de transmisión comunitaria, y con el



objetivo último de proteger la salud y la seguridad de los ciudadanos, contener la propagación de la enfermedad y reforzar el Sistema Nacional de Salud.

Dentro de esta tarea de seguimiento continuo de la evolución de la epidemia, se viene observando en las últimas semanas una situación de transmisión comunitaria en diversos territorios del SARS-CoV-2 y un aumento significativo de las tasas de hospitalización e ingresos en unidades de cuidados intensivos. Por este motivo, además de las medidas de prevención y protección individuales y colectivas ya establecidas, es necesario considerar la implementación de medidas más estrictas que permitan facilitar el control de la epidemia en aquellos territorios más afectados por la misma.

En ausencia de una vacuna segura y eficaz para proteger a la población, las medidas no farmacológicas o medidas de distanciamiento social son las intervenciones de salud pública más eficaces contra los riesgos del COVID-19. Para maximizar su efectividad deben implementarse conjuntamente una serie de medidas de forma simultánea y asegurar las capacidades que permitan detectar y actuar ante los casos.

El objetivo de las medidas de distanciamiento social, tanto en espacios públicos como privados, y de restricción de la movilidad es disminuir o interrumpir la transmisión del SARSCoV-2 para proteger especialmente a aquellos grupos vulnerables con mayor riesgo y evitar superar la capacidad de atención del sistema sanitario.

Es recomendable que estas medidas más estrictas se dirijan específicamente a aquellos territorios o zonas geográficas con mayor propagación, en los que las medidas adoptadas en el marco del Plan de Respuesta Temprana y otros protocolos de actuación no han dado el resultado esperado. Todo ello con la finalidad de lograr el mayor beneficio para la salud pública y minimizar el impacto social y económico para el conjunto de la población.

Medidas similares ya fueron implementadas en el país en fases anteriores de la epidemia y se observaron útiles. Estas intervenciones son acordes con las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud.

La incidencia de COVID-19 en España en la última semana ha superado los 250 casos por 100.000 habitantes (con un rango entre las diferentes comunidades autónomas que oscila desde 107 a 784 casos por 100.000, a día 29 de septiembre), muy por encima de las tasas propuestas en la Unión Europea para países de riesgo (60 casos por 100.000 habitantes). Esta incidencia observada además de no ser homogénea entre las comunidades autónomas, tampoco lo es dentro del territorio de cada una de ellas, viéndose esta tasa influenciada, en muchos casos, por municipios con incidencias muy superiores a la media de la Comunidad Autónoma.

Si bien es cierto que la incidencia de COVID-19 en un territorio no es el único indicador para valorar el riesgo poblacional y que las propuestas de actuación deben considerar también criterios de transmisión, de gravedad de la enfermedad, de capacidad de detección precoz y del sistema asistencial, de disponibilidad y aplicación de medidas de control de la transmisión y de protección de grupos vulnerables, también es cierto que la incidencia es un indicador prioritario, reconocido y recomendado por organismos internacionales, que permite valorar la efectividad de las medidas de control implementadas.

Una tasa de incidencia por encima de los 250 casos por 100.000 habitantes puede considerarse un indicador de alto riesgo de transmisión descontrolada en el territorio afectado y, por lo tanto, se debe garantizar un alto nivel de capacidad de detección, control de la transmisión y refuerzo asistencial para evitar un gran impacto en la población y, en particular, en los grupos más vulnerables. La concurrencia



de una tasa superior a la señalada demuestra que tanto las medidas de control como las de refuerzo de capacidades, no han logrado alcanzar en los territorios afectados por esa incidencia el efecto deseado para hacer frente a la evolución ascendente de la curva epidémica. En particular, una tasa de incidencia superior a los 500 casos por 100.000 habitantes, que duplica la considerada de alto riesgo, permite establecer un umbral significativamente elevado a partir del cual puede calificarse la situación como extrema, y da perfecta cuenta de la enorme gravedad de la propagación de la enfermedad en las unidades territoriales que la experimentan. A partir de este umbral, resulta imprescindible la adopción con urgencia de medidas de choque dirigidas a tratar de controlar en el menor tiempo posible la situación extrema generada. Todo ello, sin perjuicio de recordar la conveniencia de actuar en todo caso con medidas proporcionales de intensidad variable desde el momento mismo en que la incidencia sobrepasa las tasas establecidas por los organismos internacionales en sus recomendaciones.

De esta manera, incidencias superiores a las mencionadas en el párrafo anterior en núcleos poblacionales grandes, con más volumen de intercambio de personas con otras zonas de la comunidad autónoma o del país, reducen substancialmente la capacidad de control de la transmisión, haciendo necesaria la implementación de medidas más severas. El control de la transmisión en estos núcleos poblacionales en situación de muy alto riesgo tendría además un impacto beneficioso importante en el resto del territorio.

En la actualidad hay en España 11 municipios de más de 100.000 habitantes, que incluyen 4.988.601 habitantes, con tasas de incidencia superiores a los 500 casos por 100.000 habitantes. La tasa promedio de estos municipios es de 892 casos por 100.000 en los 14 días valorados, más de tres veces la incidencia nacional, si bien la situación de estos territorios no es homogénea en términos de capacidad diagnóstica y asistencial. Esta incidencia representa un total de 44.518 casos notificados en estos 11 municipios en un periodo de 14 días, aproximadamente un 33% del total de casos notificados en toda España en ese periodo. Estas cifras no incluyen la transmisión que estos casos han podido generar en otros territorios.

Esta situación conlleva un impacto importante en los sistemas asistenciales tanto de atención primaria como hospitalarios, que ya tienen ocupaciones de camas en unidades de cuidados intensivos del 18% a nivel nacional, con cinco comunidades autónomas que superan ya el 25% y una por encima del 40%. Dado que el impacto en UCI se incrementa y mantiene hasta dos y tres semanas después del máximo pico de transmisión, el esfuerzo de control se debe mantener más allá del punto de inflexión de la curva epidémica para reducir suficientemente el impacto en el sistema sanitario.

Otro de los indicadores que establece el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC, en sus siglas en inglés) como indicador de tendencia preocupante en su último informe, es el porcentaje de resultados positivos en el total de pruebas de diagnóstico de infección activa realizados, señalando como riesgo cuando este porcentaje es mayor o igual al 3%.

En este contexto, es necesario coordinar a nivel general medidas de control que garanticen la homogeneidad suficiente para afrontar las situaciones extremas descritas y evitar que la evolución de la epidemia en una parte del territorio pueda tener un efecto negativo en otras partes del mismo. En concreto, aunque es importante implementar medidas de control en todos los municipios con transmisión de SARS-CoV-2, sea cual sea su nivel, es especialmente urgente implementar las medidas necesarias para controlar la transmisión en los municipios con poblaciones mayores de 100.000 habitantes que presenten incidencias superiores a los 500 casos por 100.000 habitantes (salvo en los supuestos en que un porcentaje muy significativo de estos casos estén asociados a brotes bien identificados y controlados), con un porcentaje de positividad en los resultados de las pruebas diagnósticas de infección activa realizadas en las dos semanas previas superior al 10%, y en los que la comunidad autónoma a la que pertenezca el



municipio presente una ocupación de camas por pacientes COVID-19 en unidades de cuidados intensivos superior al 35% de la dotación habitual (época preCOVID-19) de camas de cuidados críticos en los centros hospitalarios existentes a la fecha de adopción del presente Acuerdo. Del mismo modo, se considera también conveniente que las autoridades autonómicas aprueben planes especiales de actuación en municipios de menos de 100.000 habitantes con una elevada incidencia acumulada de nuevos casos. Todo ello con el objetivo de proteger al máximo a las poblaciones afectadas, preservar la capacidad asistencial y minimizar el riesgo de exportación de una situación epidemiológica grave de un territorio a otro, tratando, en definitiva, de reducir las tasas de transmisión por debajo de los niveles de riesgo establecidos por los organismos internacionales.

El artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, prevé que la declaración de actuaciones coordinadas corresponde al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de las comunidades directamente afectadas.

En la Declaración de Actuaciones Coordinadas, habrán de incluirse únicamente las medidas que se consideran estrictamente necesarias e imprescindibles para atajar la situación de especial riesgo para la salud pública derivada del incremento de casos positivos por COVID19, y que, por su naturaleza, se considera que tienen un impacto muy significativo en el objetivo de prevenir y controlar la expansión de la enfermedad.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 65.2.c) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, mediante esta Declaración se establecerán una serie de estándares mínimos que las comunidades autónomas deberán adoptar con el objetivo de intervenir sobre la situación de salud pública existente. Asimismo, mediante esta Declaración se activará una estrategia de actuación inmediata para afrontar la emergencia sanitaria en todas las comunidades autónomas, de acuerdo con lo previsto en el artículo 65.2.e).

El objetivo de minimizar el riesgo de exportación de una situación epidemiológica grave de un territorio a otro justifica la adopción de una serie de estándares mínimos para todas las comunidades autónomas.

En concreto, y con el objetivo de responder de forma efectiva a la situación de especial riesgo o alarma para la salud pública que se ha descrito, se establecerán nueve medidas de control y respuesta y dos recomendaciones.

Todas estas medidas son necesarias para alcanzar el objetivo de controlar la expansión de la enfermedad y reducir la presión asistencial sobre el sistema sanitario, constituyen actuaciones proporcionales a la finalidad perseguida y están avaladas por razones y criterios de carácter epidemiológico y sanitario.

En concreto, la limitación del contacto social entre personas que residen en diferentes municipios, pretende disminuir la probabilidad de transmisión entre zonas con distinta situación epidemiológica. Es una medida de urgencia para evitar la cadena de transmisión del virus y su expansión.

En relación con la reducción a 6 personas de la participación en agrupaciones de personas, salvo en el caso de convivientes, la evidencia empírica en relación con el ámbito de ocurrencia de los brotes existentes señala que en su mayoría éstos tienen un carácter social, relacionado con reuniones familiares y amigos. En este sentido, esta medida pretende disminuir esta interacción en personas no convivientes.

La limitación de aforos en distintos ámbitos, pretende garantizar un distanciamiento interpersonal en los espacios en los que se concurra, siendo esta medida una de las más eficaces para evitar la transmisión



junto con la higiene de manos y el uso de la mascarilla. El horario de cierre de los establecimientos, locales comerciales y servicios abiertos al público forma parte también de las medidas preventivas de contención que persiguen reducir el riesgo de transmisión, evitando o reduciendo la posibilidad de contagio en contextos y situaciones sociales que han demostrado ser importantes focos de transmisión.

Por último, las capacidades para la detección precoz y el control de la enfermedad, así como en el ámbito de la atención sanitaria, son indispensables para hacer frente a la situación de urgencia. Estas capacidades crean una estructura sólida para dar respuesta a escenarios de mayor transmisión. Un sistema sanitario capaz de hacer una actuación precoz frente a los casos y sus contactos a través de la coordinación entre los diferentes sectores y garantizando los recursos humanos asistenciales, sociales junto a recursos hoteleros o de estancia para personas que no tienen medios materiales, proporciona una respuesta adecuada que contribuye al control de la transmisión.

En definitiva, el objetivo final de las medidas propuestas es mantener un control suficiente de la transmisión del SARS-CoV-2 que evite la necesidad de imponer restricciones de mayor impacto con el consiguiente efecto negativo en la sociedad y en la economía del país.

La Declaración de Actuaciones Coordinadas vendrá referida a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, incluirá a todas las comunidades y ciudades autónomas y surtirá los efectos previstos en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 30 de septiembre de 2020, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA:

PRIMERO. Que sean declaradas como actuaciones coordinadas en salud pública para responder a la situación de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones por COVID-19, de acuerdo con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las siguientes:

1. Objeto y ámbito de aplicación.

1.1 La declaración de actuaciones coordinadas obligará a las comunidades autónomas a adoptar, al menos, las medidas que se prevén en el apartado 2 en los municipios de más de 100.000 habitantes que formen parte de su territorio, cuando concurren las tres circunstancias siguientes:

a) El municipio presente una incidencia de 500 casos o más por 100.000 habitantes en 14 días (medida hasta 5 días antes de la fecha de valoración).

Este criterio no será de aplicación si al menos el 90% de los casos detectados en el municipio se corresponden con brotes no familiares perfectamente identificados y controlados, y si estos han sido convenientemente comunicados al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias del Ministerio de Sanidad.



- b) El municipio presente un porcentaje de positividad en los resultados de las pruebas diagnósticas de infección activa por Covid-19 realizadas en las dos semanas previas superior al 10%.
 - c) La comunidad autónoma a la que pertenezca el municipio presente una ocupación de camas por pacientes COVID-19 en unidades de cuidados intensivos superior al 35% de la dotación habitual (época pre-COVID-19) de camas de cuidados críticos en los centros hospitalarios existentes a la fecha de adopción del presente Acuerdo.
- 1.2 La concurrencia de las circunstancias descritas en el apartado anterior se determinará por la comunidad autónoma en base a la información que esta posea y, en todo caso, a partir de los datos comunicados al Ministerio de Sanidad sobre evolución de la enfermedad por el coronavirus (COVID-19), que son la base de los informes diarios que publica.
- 1.3 Las medidas previstas en el apartado 2 constituyen un mínimo a aplicar por las comunidades autónomas, sin perjuicio de otras medidas que estas puedan aplicar en ejercicio de sus competencias. Asimismo, las comunidades autónomas podrán aplicar criterios más restrictivos en relación con las medidas previstas en el apartado 2.

2. Medidas de obligado cumplimiento

A) Contacto social

- 1) Se restringirá la *entrada y salida de personas* de los municipios previstos en el apartado 1.1, salvo para aquellos desplazamientos, adecuadamente justificados, que se produzcan por alguno de los siguientes motivos:
- a) Asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios.
 - b) Cumplimiento de obligaciones laborales, profesionales, empresariales o legales.
 - c) Asistencia a centros universitarios, docentes y educativos, incluidas las escuelas de educación infantil.
 - d) Retorno al lugar de residencia habitual.
 - e) Asistencia y cuidado a mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables.
 - f) Desplazamiento a entidades financieras y de seguros que no puedan aplazarse.
 - g) Actuaciones requeridas o urgentes ante los órganos públicos, judiciales o notariales.
 - h) Renovaciones de permisos y documentación oficial, así como otros trámites administrativos inaplazables.
 - i) Realización de exámenes o pruebas oficiales inaplazables.
 - j) Por causa de fuerza mayor o situación de necesidad.
 - k) Cualquier otra actividad de análoga naturaleza, debidamente acreditada.

La circulación por carreteras y viales que transcurran o atraviesen los municipios previstos en el apartado 1.1, será posible, siempre y cuando tenga origen y destino fuera de los mismos.

La circulación de personas residentes dentro de los municipios previstos en el apartado 1.1 será posible, siempre respetando las medidas de protección individual y colectiva establecidas por las autoridades sanitarias competentes, sin perjuicio de lo previsto en la recomendación establecida en el apartado 3.1.



- 2) La participación en *agrupaciones de personas* para el desarrollo de cualquier actividad o evento de carácter familiar o social, tanto en la vía pública como en espacios públicos y privados, se reducirá a un número máximo de seis personas, salvo que se trate de convivientes, y excepto en el caso de actividades laborales e institucionales o en el de actividades en que se establezcan límites o medidas específicas.

B) Aforo máximo, distancia y horario

3) *Lugares de culto:*

El aforo máximo será de un tercio, garantizando en todo caso la distancia mínima interpersonal de 1,5 metros.

4) *Velatorios:*

- a. Aforo máximo de quince personas en espacios al aire libre o diez en espacios cerrados, sean o no convivientes.
- b. La participación en la comitiva para el enterramiento o despedida para la cremación de la persona fallecida se restringirá a un máximo de quince personas.

5) *Establecimientos, locales comerciales y servicios abiertos al público:*

- a. Aforo máximo del cincuenta por ciento.
- b. La hora de cierre no podrá superar las 22:00 horas, salvo las excepciones que se prevean.

6) *Establecimientos de hostelería y restauración y de juegos y apuestas:*

- a. El aforo máximo será del cincuenta por ciento en espacios interiores y del sesenta por ciento en espacios exteriores.
- b. El consumo en barra no estará permitido.
- c. Las mesas o agrupaciones de mesas deberán guardar una distancia de, al menos, 1,5 metros respecto a las sillas asignadas a las demás mesas o agrupaciones de mesas.
- d. La ocupación máxima será de seis personas por mesa o agrupación de mesas.
- e. No podrán admitirse nuevos clientes a partir de las 22:00 horas y la hora de cierre no podrá superar las 23:00 horas, a excepción de servicios de entrega de comida a domicilio.

7) *Academias, autoescuelas y centros privados de enseñanzas no regladas y centros de formación no incluidos en el ámbito de aplicación del artículo 9 del Real Decreto Ley 21/2020, de 9 de junio:*

El aforo máximo será del cincuenta por ciento.

8) *Instalaciones deportivas, tanto al aire libre como de interior*

- a. El aforo máximo será del cincuenta por ciento en espacios interiores y del sesenta por ciento en espacios exteriores
- b. La práctica deportiva en grupos se reducirá a un máximo de seis personas.



- c. En las competiciones oficiales de ámbito estatal y carácter no profesional y las competiciones internacionales que estén bajo la tutela organizativa de las Federaciones deportivas españolas que se desarrollen en los municipios previstos en el apartado 1.1, será de aplicación el Protocolo de actuación para la vuelta de competiciones oficiales de ámbito estatal y carácter no profesional en la temporada 2020/2021, elaborado por el Consejo Superior de Deportes

C) Capacidades

- 9) Las comunidades autónomas con municipios en los que concurran las circunstancias enumeradas en el apartado 1.1, *reforzarán sus capacidades* para la detección precoz y el control de la enfermedad, así como en el ámbito de la atención sanitaria, de acuerdo a lo establecido en el Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19.

3. Recomendaciones

- 1.- Se realizará una recomendación explícita de evitar todo movimiento o desplazamiento innecesario en los municipios a que se refiere el apartado 1.1.
- 2.- Se recomienda que las comunidades y ciudades autónomas aprueben planes especiales de actuación para controlar la expansión de los contagios en aquellos municipios de menos de 100.000 habitantes en los que concurra la circunstancia prevista en el apartado 1.1 a).

SEGUNDO. En los supuestos en que la ejecución de las actuaciones contempladas en la Declaración de Actuaciones Coordinadas requiera de la adopción, por parte de las comunidades autónomas, de algún acto o disposición, estas se adoptarán antes de que transcurran 48 horas desde que se tenga conocimiento de la concurrencia de las circunstancias previstas en el apartado 1.1.

En este sentido, si a la fecha de notificación a la comunidad autónoma de la Declaración de Actuaciones Coordinadas ya existieran municipios en los que concurren las circunstancias previstas en el apartado 1.1, la comunidad autónoma correspondiente adoptará los actos y disposiciones que resulten precisos para dar cumplimiento a lo establecido en dicha Declaración en un plazo máximo de 48 horas desde en el momento en el que se produzca dicha notificación.

TERCERO. Las medidas contempladas en la Declaración de Actuaciones Coordinadas se adoptarán por las comunidades autónomas por un plazo limitado, podrán ser revisadas por éstas antes de la finalización de dicho plazo en los términos señalados en el párrafo siguiente, y, en su caso, prorrogadas si persistieran las circunstancias previstas en el apartado 1.1.

En este sentido, cada comunidad autónoma afectada y el Ministerio de Sanidad revisarán semanalmente de manera conjunta la situación epidemiológica de los municipios a los que se aplique la Declaración de Actuaciones Coordinadas. En el marco de esta relación bilateral se valorará la modificación del ámbito de aplicación de las medidas contenidas en la Declaración, siempre y cuando se observe una reducción suficiente de la incidencia acumulada en los términos establecidos en esta y teniendo en cuenta también los factores de corrección que pudieran afectarla.

CUARTO. Las comunidades autónomas de Cataluña, Galicia, Andalucía, Comunidad de Madrid y la ciudad autónoma de Ceuta han formulado voto particular negativo a este Acuerdo y la Región de Murcia ha formulado voto particular de abstención a este Acuerdo.



Conforme al segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, dado que este Acuerdo viene referido a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, este Acuerdo será de obligado cumplimiento para todas las comunidades y ciudades autónomas integrantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con independencia del sentido de su voto.

QUINTO. La Declaración de Actuaciones Coordinadas producirá efectos desde su notificación a las comunidades y ciudades autónomas y hasta que se apruebe por el Ministro de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de todas las comunidades y ciudades autónomas, la finalización de su vigencia.

Madrid, 30 de septiembre de 2020



ANEXO XI

ACUERDO POR EL QUE SE CONSTITUYE UN GRUPO DE TRABAJO EN EL SENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PARA DEFINIR EL MARCO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FRENTE A LA PANDEMIA COVID-19.

El Sistema Nacional de Salud, desde su constitución a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, no había encarado una situación de pandemia internacional como la originada por el COVID-19 y declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud el pasado 11 de marzo de 2020.

Ante esta situación, evaluar tanto las actuaciones realizadas por parte de las autoridades sanitarias durante este periodo, como las fortalezas y debilidades que poseía el Sistema Nacional de Salud al inicio de la situación de pandemia internacional, permitirán que de manera conjunta se adopten las decisiones que correspondan en orden a reforzar la vigilancia epidemiológica, los servicios de salud pública y el conjunto del sistema asistencial para transitar hacia un Sistema Nacional de Salud más robusto, flexible y resiliente que permita afrontar con las máximas garantías los desafíos que se le planteen y, en particular, futuras crisis sanitarias.

Esta evaluación habrá de encaminarse a generar valor y utilidad a los responsables políticos, a los gestores, a los profesionales sanitarios y al conjunto de la ciudadanía, inspirándose en un principio esencial como es el de la independencia evaluadora como garantía de la legitimidad de sus conclusiones.

Nuestro modelo de gobernanza sanitaria requiere el concurso del conjunto de los actores presentes en el Sistema Nacional de Salud, no sólo para el desarrollo de la evaluación, sino también con carácter previo, para el establecimiento del marco general de la misma, en el que deberán perfilarse cuestiones como el objeto y los criterios de la evaluación, la metodología, su extensión temporal, la forma de provisión de resultados y los responsables del desarrollo evaluador.

Con el fin de establecer ese marco, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información en materia sanitaria entre la Administración General del Estado y las comunidades y ciudades autónomas, considera conveniente crear en su seno un grupo de trabajo para definir la propuesta de marco para la realización de una evaluación independiente del desempeño del Sistema Nacional de Salud en la gestión de la pandemia COVID 19 que contribuya a adoptar las medidas necesarias para afrontar con eficacia los retos que se le presenten al conjunto del sistema, en los términos del artículo 152.3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y del artículo 7.2 del Reglamento de funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Dicho artículo señala:

“Igualmente, el Consejo podrá acordar la creación de Grupos de trabajo, que estarán compuestos por técnicos del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las Comunidades Autónomas u otros expertos en la materia a tratar. Siempre con un objetivo concreto y determinado y fijando un tiempo para el desarrollo de su trabajo.”

Este Grupo de Trabajo estará presidido por la Secretaria de Estado de Sanidad y de él formará parte un representante de cada una de las comunidades y ciudades autónomas designado por la persona titular de la Consejería con competencias en materia sanitaria. Este grupo elevará al Pleno del Consejo Interterritorial una propuesta de marco evaluador del Sistema Nacional de Salud que definirá las líneas



de evaluación, el alcance, los objetivos, los parámetros, los responsables y cuantos elementos resulten necesarios para llevar a cabo una evaluación independiente lo más completa posible del conjunto del sistema.

Este Acuerdo viene referido a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 7 de octubre de 2020, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA:

1. Crear, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, un Grupo de Trabajo para definir el marco y las características principales que habrá de tener una evaluación independiente del desempeño del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia COVID-19 que permita contribuir a preparar las respuestas de dicho Sistema ante posibles alertas futuras.
2. El grupo de trabajo estará integrado por la Secretaría de Estado de Sanidad, en representación del Ministerio de Sanidad, y un representante de cada una de las comunidades y ciudades autónomas, que será designado por la persona titular de la Consejería competente. La presidencia del grupo recaerá en la Secretaría de Estado de Sanidad.
3. En las sesiones a celebrar, los representantes del grupo de trabajo podrán ser asesorados y estar acompañados por técnicos y expertos de sus respectivas administraciones.
4. El grupo de trabajo elevará sus conclusiones al pleno del Consejo Interterritorial en un plazo no superior a un mes desde la aprobación del presente Acuerdo.

La comunidad autónoma del País Vasco ha formulado voto particular negativo a este Acuerdo.

Conforme al segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, dado que este Acuerdo viene referido a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, este Acuerdo será de obligado cumplimiento para todas las comunidades y ciudades autónomas integrantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con independencia del sentido de su voto.



ANEXO XII

ACUERDO POR EL QUE SE APRUEBA EL DOCUMENTO DE ACTUACIONES DE RESPUESTA COORDINADA PARA EL CONTROL DE LA TRANSMISIÓN DE COVID-19

La pandemia provocada por la COVID-19 ha sido y sigue siendo el mayor desafío para la salud que hemos conocido en el último siglo. Su dimensión ha obligado a una gran mayoría de países a adoptar medidas excepcionales, y ha provocado tensiones en los sistemas de salud y en los mercados de productos sanitarios a nivel mundial generando una importante crisis socio-sanitaria con gran impacto económico.

En el escenario de transmisión actual se debe seguir observando el cumplimiento de las medidas básicas de higiene y prevención y el resto de medidas incluidas en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, así como en la normativa autonómica de desarrollo, para garantizar el control de la transmisión, y asegurar la respuesta compartida por parte del conjunto de las autoridades sanitarias.

Asimismo, el Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 16 de julio, establece las capacidades de preparación y respuesta que se deben garantizar para actuar frente a un incremento de la transmisión del SARS-CoV-2. Dicho Plan indica que las comunidades autónomas deben disponer de planes de contingencia para reforzar las capacidades a nivel asistencial (primaria y hospitalaria) y de salud pública y prepararse para responder a cualquier escenario de aumento de transmisión, asumiendo que no existe un enfoque único en la gestión de los casos y los brotes de COVID-19 y que se deben evaluar los riesgos en cada territorio según sus particularidades.

En el marco del Plan, el Ministerio de Sanidad trabaja en coordinación con las comunidades autónomas realizando un seguimiento diario de la respuesta a la pandemia y su evolución, con el objetivo de asegurar las capacidades que nos permitan detectar y actuar ante nuevos brotes e incrementos de la transmisión.

En este sentido, una vez superada la primera onda epidémica, la situación epidemiológica es dinámica y difiere entre los distintos territorios, en los que conviven diferentes escenarios de transmisión que pueden requerir diferentes medidas de control.

El documento de Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19 que se aprueba mediante este Acuerdo se establece como desarrollo técnico de los indicadores recogidos en el Plan de Respuesta Temprana, y establece el marco de actuación para una respuesta proporcional a distintos niveles de alerta definidos por un proceso de evaluación del riesgo en base al conjunto de indicadores epidemiológicos y de capacidad asistencial y de salud pública.

Los indicadores, niveles y medidas propuestas en el dicho documento serán de referencia tanto en escenarios de aumento de riesgo de transmisión como en escenarios de reducción del mismo.

Los indicadores incluidos en este documento, así como los niveles de riesgo y medidas propuestas están en permanente revisión en función del conocimiento y experiencia adquirida en el manejo de la pandemia, así como de la nueva información y evidencias científicas sobre el comportamiento del virus.



Con arreglo a lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, este Acuerdo viene referido a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 22 de octubre de 2020, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA

Primero. - Aprobar el documento de Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19, que se anexa a este Acuerdo.

Segundo. - Las comunidades autónomas del País Vasco y de Madrid han formulado voto particular de abstención a este Acuerdo.



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MEMORIA 2020 (CISNS)

Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19

Actualizado a 22 de octubre de 2020

Este documento ha sido elaborado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta, aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y acordado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Índice

1. INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
2. OBJETIVOS	216
3. EVALUACIÓN DEL RIESGO	¡Error! Marcador no definido.
4. DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE ALERTA	¡Error! Marcador no definido.
5. ACTUACIONES DE RESPUESTA	220

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia provocada por la COVID-19 ha sido y sigue siendo el mayor desafío para la salud que hemos conocido en el último siglo. Su dimensión ha obligado a una gran mayoría de países a adoptar medidas excepcionales, y ha provocado tensiones en los sistemas de salud y en los mercados de productos sanitarios a nivel mundial generando una importante crisis sociosanitaria con gran impacto económico.

En el escenario de transmisión actual se debe seguir observando el cumplimiento de las medidas básicas de higiene y prevención y el resto de medidas incluidas en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, así como en la normativa autonómica de desarrollo, para garantizar el control de la transmisión, y asegurar la respuesta compartida por parte del conjunto de las autoridades sanitarias.

Asimismo, el ***Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19***, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 16 de julio, establece las capacidades de preparación y respuesta que se deben garantizar para actuar frente a un incremento de la transmisión del SARS-CoV-2. Dicho *Plan* indica que las comunidades autónomas deben disponer de planes de contingencia para reforzar las capacidades a nivel asistencial (primaria y hospitalaria) y de salud pública y prepararse para responder a cualquier escenario de aumento de transmisión, asumiendo que no existe un enfoque único en la gestión de los casos y los brotes de COVID-19 y que se deben evaluar los riesgos en cada territorio según sus particularidades.

En el marco del Plan, el Ministerio de Sanidad trabaja en coordinación con las comunidades autónomas realizando un seguimiento diario de la respuesta a la pandemia y su evolución, con el objetivo de asegurar las capacidades que nos permitan detectar y actuar ante nuevos brotes e incrementos de la transmisión.

En este sentido, una vez superada la primera onda epidémica, la situación epidemiológica es dinámica y difiere entre los distintos territorios, en los que conviven diferentes escenarios de transmisión que pueden requerir diferentes medidas de control.

El presente documento de ***Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19*** se establece como desarrollo técnico de los indicadores recogidos en el *Plan de Respuesta Temprana*, y establece el marco de actuación para una respuesta proporcional a distintos niveles de alerta definidos por un proceso de evaluación del riesgo en base al conjunto de indicadores epidemiológicos y de capacidad asistencial y de salud pública.

Los indicadores, niveles y medidas propuestas en el presente documento serán de referencia tanto en escenarios de aumento de riesgo de transmisión como en escenarios de reducción del mismo.

Los indicadores incluidos en este documento, así como los niveles de riesgo y medidas propuestas están en permanente revisión en función del conocimiento y experiencia adquirida en el manejo de la pandemia, así como de la nueva información y evidencias científicas sobre el comportamiento del virus.

2. OBJETIVOS

Los objetivos de este documento son:

- Proponer criterios comunes para la interpretación de los indicadores básicos en el Sistema Nacional de Salud que permitan realizar una evaluación en cada territorio, dirigida a detectar niveles de riesgo para la población.
- Establecer unos niveles de alerta que determinen actuaciones proporcionales al nivel de riesgo de transmisión de SARS-CoV-2, adaptables según la situación y el contexto de cada territorio. Estas actuaciones pretenden garantizar una coordinación suficiente entre territorios sin que obste, en ningún caso a las comunidades autónomas a tomar las medidas complementarias que consideren adecuadas.

3. EVALUACIÓN DEL RIESGO

La decisión de escalar en la intensidad de las actuaciones de respuesta debe venir guiada por una evaluación del riesgo en el contexto del Sistema de Alertas y Respuesta Temprana. Esta evaluación de riesgo debe ser un proceso continuo que determine en qué escenario se encuentra el territorio evaluado y detecte de forma temprana señales de que el escenario puede estar cambiando. Del mismo modo, la evaluación del riesgo permitirá también afrontar procesos de desescalada en la intensidad de las medidas cuando la evolución de los indicadores así lo posibilite.

La evaluación de riesgo debe considerar las características específicas de la **unidad territorial** que se está evaluando: comunidad autónoma, provincia, isla, municipio, departamento, área de salud, zona básica de salud o equivalente, teniendo en cuenta la concurrencia de circunstancias específicas, como por ejemplo las que se dan en términos de movilidad en las grandes conurbaciones. En dicha evaluación se tendrán en cuenta los indicadores relativos a la **situación epidemiológica**, la **capacidad asistencial** y la **capacidad de salud pública**, las características y vulnerabilidad de la **población susceptible** expuesta y la posibilidad de adoptar **medidas de prevención y control**, como son las medidas no farmacológicas con intervenciones parciales o completas que afecten a parte o todo el territorio evaluado.

En la tabla 1 se definen los indicadores principales para la **evaluación del riesgo** y se establecen umbrales para determinar si el riesgo es bajo, medio, alto o muy alto en base a cada uno de ellos. Es importante recalcar que ningún indicador por sí sólo es capaz de dar una visión completa de la situación epidemiológica. Además de estos indicadores las comunidades autónomas utilizarán todos aquellos que en su contexto consideren relevantes para realizar esta evaluación.

Es fundamental poner estos indicadores en contexto dependiendo del territorio y las características de la población que se está evaluando, así como disponer de información detallada de los casos que permita interpretar las dinámicas de transmisión. En este sentido, en el anexo 1 se incluyen un grupo de indicadores complementarios a los principales de la tabla 1 que ayudan a valorar y caracterizar la situación de la epidemia y las capacidades de gestión y respuesta con más detalle.



Los indicadores de seguimiento se han seleccionado por su utilidad para capturar los aspectos más importantes de la situación epidemiológica y las capacidades de respuesta en base a la evidencia científica, los estándares internacionales y la experiencia acumulada por las administraciones sanitarias de nuestro país en la evolución de cada uno de ellos. Siguiendo las recomendaciones del Consejo Europeo, Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC)¹ ha establecido un umbral de incidencia acumulada en 14 días de 25 casos por 100.000 habitantes para considerar que el riesgo comienza a incrementarse, y un límite superior de 150 para considerar que el riesgo es muy elevado. Para España, hemos establecido un umbral adicional, incidencia superior a 250 por 100.000, para señalar situaciones de riesgo extremo en las que se precisen acciones adicionales si las implementadas con incidencias de más de 150 no logran controlar la transmisión. Del mismo modo en las recomendaciones del Consejo Europeo² ha establecido en 4% el límite de positividad de las pruebas diagnósticas a partir del cual el riesgo de transmisión se ve incrementado. En cuanto a la trazabilidad, la OMS ha publicado que al menos un 80% de los casos deben estar correctamente trazados para alcanzar una situación epidemiológica controlada³.

La evidencia científica específica en relación a los umbrales que mejor discriminan las diferentes situaciones de riesgo para muchos de estos indicadores es todavía escasa y por ello, los umbrales deberán ir ajustándose a medida que se disponga de mayor información sobre el comportamiento de cada indicador o se generen nuevas evidencias científicas nacionales e internacionales.

Además de los indicadores planteados, se hará una valoración individualizada de la situación del territorio evaluado y se tendrán en cuenta otros posibles indicadores, incluidos los cualitativos y los referentes a equidad en salud y vulnerabilidad social. Para determinar el nivel de riesgo de un territorio los indicadores deben interpretarse siempre de forma dinámica y tanto la tendencia como la velocidad de cambio deben tener un peso específico en esta valoración.

¹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>

² Recomendación del Consejo sobre un enfoque coordinado de la restricción de la libre circulación en respuesta a la pandemia de COVID-19

³ <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1277773/retrieve>

Tabla 1. Indicadores para la valoración del riesgo

Indicadores	Fórmula de cálculo	Valoración de riesgo					Fuente de información	
		Nueva normalidad	Bajo	Medio	Alto	Muy alto		
BLOQUE I: Evaluación del nivel de transmisión								
T1	Incidencia acumulada de casos diagnosticados en 14 días¹	Casos confirmados (por fecha de diagnóstico) en 14 días *100.000 / número de habitantes	≤25	>25 a ≤50	>50 a ≤150	>150 a ≤250	>250	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
T1'	Incidencia acumulada de casos diagnosticados en 7 días¹	Casos confirmados (por fecha de diagnóstico) en 7 días *100.000 / número de habitantes	≤10	>10 a ≤25	>25 a ≤75	>75 a ≤125	>125	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
T2	Incidencia acumulada de casos de 65 o más años diagnosticados en 14 días¹	Casos ≥ 65 años confirmados (por fecha de diagnóstico) en 14 días *100.000 / número de habitantes ≥ 65 años	≤20	>20 a ≤50	>50 a ≤100	>100 a ≤150	>150	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
T2'	Incidencia acumulada de casos de 65 o más años diagnosticados en 7 días¹	Casos ≥ 65 años confirmados (por fecha de diagnóstico) en 7 días *100.000 / número de habitantes ≥ 65 años	≤10	>10 a ≤25	>25 a ≤50	>50 a ≤75	>75	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
T3	Positividad global de las PDIA² por semana	Número de pruebas con resultado positivo en 7 días *100 / Número de pruebas realizadas en 7 días	≤4%	>4% a ≤7%	>7% a ≤10%	>10% a ≤15%	>15%	SERLAB
T4	Porcentaje de casos con trazabilidad³	Número de casos diagnosticados con trazabilidad *100 / Número total de casos confirmados diagnosticados los últimos 7 días	>80%	≤80% a >65%	≤65% a >50%	≤50% a >30%	≤30%	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES) e información de la CCAA
BLOQUE II: Nivel de utilización de servicios asistenciales por COVID-19								
A1	Ocupación de camas de hospitalización por casos de COVID-19⁴	Número de camas de hospitalización ocupadas por casos de COVID / Número total de camas de hospitalización en funcionamiento	≤2%	>2% a ≤5%	>5% a ≤10%	>10% a ≤15%	>15%	Declaración de datos de capacidad asistencial
A2	Ocupación de camas de cuidados críticos por casos de COVID-19⁴	Número de camas de cuidados críticos ocupadas por casos de COVID / Número de camas de cuidados críticos totales en funcionamiento	≤5%	>5% a ≤10%	>10% a ≤15%	>15% a ≤25%	>25%	Declaración de datos de capacidad asistencial

¹Estas IA deberán calcularse con datos consolidados, sustrayendo los días en los que dicha consolidación se considere insuficiente. Para la fecha de diagnóstico se utilizará la fecha del resultado positivo de la PDIA, tal y como se establece en la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19](#). ²

Pruebas diagnósticas de infección activa, según se establece en la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19](#).

³Casos con trazabilidad son aquellos que en SIVIES se recojan como contactos de casos confirmados. (Si la CCAA dispone de información, se pueden incluir aquí también los casos diagnosticados asociados a un brote). Este porcentaje deberá calcularse con datos consolidados, sustrayendo los días en los que dicha consolidación se considere insuficiente.

⁴La Unidad Territorial para este indicador será la provincia, isla o comunidad autónoma según se establezca en cada territorio. Para el cálculo de camas en funcionamiento se tendrán en cuenta exclusivamente las camas operativas para uso inmediato en el momento de la evaluación tal y como se comunican al Ministerio según la Resolución de 19 de junio de 2020 por la que se establece la información sobre capacidad asistencial y de necesidades de recursos materiales del sistema sanitario.



En aquellas situaciones en las que se tengan que valorar unidades territoriales de menos de 10.000 habitantes, se podrán realizar agrupaciones en territorios como pueden ser áreas de salud, gerencias de atención integrada, comarcas, etc..., para la evaluación y toma de medidas conjuntas.

La valoración de municipios o territorios pequeños, especialmente de menos de 5.000 habitantes, debe hacerse siempre de forma muy local y basada en el contexto y la situación de cada lugar. En este sentido, más que establecer niveles de riesgo, se deben adoptar medidas muy adaptadas y dirigidas a las características de la situación epidemiológica y de riesgo en cada territorio.

En estos casos de territorios pequeños, además de los indicadores generales de la tabla 1, se tendrán en cuenta los siguientes y los que la comunidad autónoma estime necesarios para una mejor evaluación:

- El número, la tendencia y la velocidad de cambio de los casos diagnosticados en los últimos 7 y 14 días.
- La proporción de casos nuevos asociados a brotes.
- La tasa de ataque secundaria.
- La existencia de puntos calientes (debido al número de brotes, sus características y su situación de control; a la afectación de residencias socio-sanitarias o de poblaciones especialmente vulnerables...).

4. DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE ALERTA

La combinación del resultado de los indicadores de la tabla 1 posicionará al territorio evaluado en un nivel de riesgo que se corresponde con cuatro niveles de alerta de la siguiente manera:

- **Nivel de alerta 1:** Cuando al menos dos indicadores del bloque I¹ y uno del bloque II están en nivel bajo
- **Nivel de alerta 2:** Cuando al menos dos indicadores del bloque I¹ y uno del bloque II están en nivel medio
- **Nivel de alerta 3:** Cuando al menos dos indicadores del bloque I¹ y uno del bloque II están en nivel alto
- **Nivel de alerta 4:** Cuando al menos dos indicadores del bloque I¹ y uno del bloque II están en nivel muy alto

¹ Del bloque I se tendrá únicamente en cuenta uno de los dos indicadores generales de la incidencia acumulada, tanto para la IA global como la incidencia en >65 años: si no existe retraso en la notificación se utilizará la IA en 7 días y en caso contrario, la de 14 días.

La decisión final de qué nivel de alerta se asignará al territorio evaluado no solo se fundamentará en el nivel de riesgo resultante de los indicadores, sino que podrá modularse con la tendencia ascendente del indicador y su velocidad de cambio, así como con una evaluación cualitativa que incluya la



capacidad de respuesta, las características socioeconómicas, demográficas y de movilidad del territorio evaluado.

Las comunidades autónomas, en coordinación con el Ministerio, revisarán de manera periódica la evolución de los indicadores para valorar mantener o modificar el nivel de alerta. De forma general, se recomendará incrementar el nivel de alerta cuando tras considerar que la información está suficientemente consolidada se cumplan las condiciones arriba definidas. Para considerar la reducción del nivel de alerta será necesario que los indicadores permanezcan en un nivel de riesgo inferior durante un tiempo mínimo de 14 días.

5 ACTUACIONES DE RESPUESTA

En cada nivel de alerta se proponen unas **actuaciones** a instaurar en la unidad territorial evaluada. Esta propuesta de actuaciones ha sido consensuada a nivel técnico teniendo en cuenta la experiencia adquirida en el curso de la pandemia a nivel nacional y la evidencia obtenida a partir de los resultados de estudios internacionales en los diferentes países donde se han implementado.

Los estudios epidemiológicos sobre el comportamiento de la enfermedad indican que la mayoría de las infecciones se producen principalmente por contacto cercano y exposiciones prolongadas a las gotas respiratorias que contienen el virus, así como por la inhalación de aerosoles con partículas virales en suspensión y el contacto directo o indirecto con secreciones respiratorias infectadas⁴. La transmisión se ve favorecida en lugares cerrados, mal ventilados, con afluencia de muchas personas y donde no se observen las medidas de distanciamiento e higiene y prevención durante todo el tiempo, situación ésta en la que se ha demostrado que la probabilidad de contagio es muy superior^{5,6} a la que se produce de los espacios abiertos y bien ventilados.

Según los datos disponibles en España sobre los principales ámbitos de transmisión de los brotes, casi una tercera parte de éstos se producen en el ámbito social, sobre todo en reuniones de familiares y amigos no convivientes⁷, y en menor medida, en el ámbito laboral, principalmente en lugares cerrados, como puede ser en domicilios o espacios interiores, en muchos casos mal ventilados, donde se habla en voz alta, se canta y no se hace buen uso de la mascarilla o se realizan actividades donde es incompatible su uso continuo, como comer, beber o hacer actividad física. En este sentido, se consideran eficaces la limitación del número de personas no convivientes en las reuniones, sobre todo en interiores, la recomendación de relacionarse en burbujas sociales estructuradas en grupos de convivencia estable (GCE), y la recomendación de permanecer en el domicilio (*#Quédate en casa*)⁸.

⁴ [CDC:Scientific Brief: SARS-CoV-2 and Potential Airborne Transmission](#)

⁵ [Closed environments facilitate secondary transmission of coronavirus disease 2019 \(COVID-19\)](#)

⁶ [Clusters of Coronavirus Disease in Communities, Japan, January–April 2020](#)

⁷ [Actualización nº 230. Enfermedad por el coronavirus \(COVID-19\). 16.10.2020. Ministerio de Sanidad.](#)

⁸ [Rapid Review der Wirksamkeit nicht-pharmazeutischer Interventionen bei der Kontrolle der COVID-19-Pandemie. Robert Koch-Institut, 28.9.2020.](#)



Ante esta evidencia se recomienda promover todas aquellas actividades que se puedan realizar al aire libre donde la reducción de aforos no tiene que ser tan estricta, promover el cierre o la reducción de aforos de los establecimientos en los que no se pueda garantizar una adecuada ventilación y un cumplimiento de las medidas de prevención e higiene.

La implementación de este tipo de medidas y el desarrollo de capacidades asistenciales y de salud pública se han demostrado eficaces para controlar la epidemia, aunque ninguna de ellas consiga reducir el riesgo por completo.

La implantación de estas medidas para reducir la propagación de la enfermedad debe llevar implícita una valoración del impacto de las mismas sobre la salud y el bienestar de la población, la sociedad y la economía. Hay que tener en cuenta que las medidas de confinamiento individual estricto por un largo periodo de tiempo, aunque han demostrado un alto impacto en la reducción de la transmisión del virus y en la reducción de las muertes por COVID-19, han tenido grandes efectos sobre el bienestar físico y emocional de las personas debido al aislamiento social⁹, además de los problemas derivados del impacto en la economía. En cambio, periodos de cierre más reducidos o parciales, han demostrado también su utilidad en la reducción de la transmisión del virus, con un impacto mucho menor en el bienestar de las personas, tanto adultas como en edad infantil¹⁰.

La decisión sobre qué medidas y cuándo aplicarlas será tomada por las comunidades autónomas y se pondrá en conocimiento del Ministerio de Sanidad antes de su implantación. Las comunidades autónomas, en coordinación con el Ministerio, revisarán de manera periódica la situación epidemiológica para valorar, mantener o modificar el nivel de alerta y las medidas aplicadas. Cada comunidad autónoma deberá vigilar con especial atención los indicadores de sus territorios en entornos de especial vulnerabilidad como los sociosanitarios y fortalecer las capacidades de respuesta en la zona afectada, incluyendo protocolos de vigilancia y de atención en estos ámbitos.

En la tabla 3 se recogen las actuaciones de respuesta propuestas según los distintos niveles de alerta, que siempre deben incluir y reforzar las ya indicadas en el Real Decreto-ley 21/2020, y en la normativa autonómica de desarrollo, especialmente las referidas a medidas de distanciamiento y medidas de higiene y prevención. Las actuaciones propuestas, además de las consideraciones generales, se han organizado en tres bloques considerando el perfil de riesgo asociado a los diferentes ámbitos de la exposición.

El nivel de alerta 4, además de las actuaciones del nivel 3, supondrá la toma de medidas excepcionales que podrán incluir restricciones adicionales. En el caso de que su adopción requiriera de la activación del mecanismo previsto en el artículo cuarto de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, el Presidente de la comunidad autónoma solicitará al Gobierno la declaración de estado de alarma, con arreglo a lo previsto en el artículo quinto de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio.

Los establecimientos y servicios que la autoridad sanitaria considere esenciales permanecerán abiertos u operativos en todos los niveles de alerta.

⁹ PHE: [Direct and indirect impacts of COVID-19 on excess deaths and morbidity, 15 July 2020](#)

¹⁰ PHE: [Non-pharmaceutical interventions \(NPIs\) table, 21 September 2020](#)



Tabla 3: Actuaciones de respuesta propuestas para los niveles de alerta 1,2 y 3.

		Nivel de alerta 1	Nivel de alerta 2	Nivel de alerta 3
Resumen de la situación epidemiológica		<i>Brotos complejos o transmisión comunitaria limitada</i>	<i>Transmisión comunitaria sostenida generalizada con presión creciente sobre el sistema sanitario</i>	<i>Transmisión comunitaria no controlada y sostenida que excede las capacidades de respuesta del sistema sanitario</i>
Consideraciones generales	Capacidades de salud pública y asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades dirigidas al fortalecimiento de capacidades ajustadas a las necesidades de cada momento para asegurar una adecuada vigilancia, control y seguimiento de los casos y contactos. • Garantizar el adecuado aislamiento de los casos y cuarentena de contactos incluyendo los recursos sociales necesarios y la disponibilidad de plazas en lugares habilitados al efecto. • Valorar procedimientos que permitan la reubicación y reasignación de tareas profesionales del personal. • Actividades dirigidas al fortalecimiento de capacidades asistenciales en atención primaria y atención hospitalaria. • Garantizar la revisión y actualización de la operatividad de los planes de contingencia ante incrementos rápidos de casos. • En todos los niveles deben incorporarse medidas de soporte social, acciones intersectoriales y debe reforzarse la comunicación y las acciones dirigidas a conseguir la implicación de la ciudadanía para lograr la puesta en marcha de las medidas recomendadas. 		
	Medidas sobre relaciones sociales y familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar relacionarse en burbujas sociales estructuradas en grupos de convivencia estable (GCE). • Reuniones hasta un máximo de 15 personas salvo para los GCE e insistir en que se mantengan las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar relacionarse en burbujas sociales estructuradas en grupos de convivencia estable (GCE). • Reuniones hasta un máximo de 10 personas salvo para los GCE e insistir en que se mantengan las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. • Recomendación de permanecer en el domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar al máximo los contactos sociales fuera de los GCE. • Reuniones hasta un máximo de 6 personas salvo para los GCE e insistir en que se mantengan las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. • Recomendación de permanecer en el domicilio. • Valoración de limitación de horarios de apertura al público hasta las 23:00h en los establecimientos con servicio no esencial.
		<ul style="list-style-type: none"> • Mantener distancia interpersonal y el uso obligatorio de mascarilla en el espacio público salvo las excepciones previstas en el RD-Ley 21/2020. • Prohibición de fumar en la vía pública cuando no sea posible mantener la distancia de seguridad. 		



		Nivel de alerta 1	Nivel de alerta 2	Nivel de alerta 3
Consideraciones generales		<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición de fumar en terrazas. • Prohibición de comer y beber en espacios públicos cuando no sea posible mantener la distancia de seguridad y fuera del GCE. • Recomendar a la población descargar la app Radar-Covid o mantener un registro de las personas con las que se ha estado para facilitar el rastreo de contactos. 		
	Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar limitación de los viajes no esenciales fuera de la unidad territorial evaluada. 		<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a la población salir del domicilio sólo lo necesario, evitando los espacios cerrados en los que se desarrollan actividades incompatibles con el uso de mascarillas y concurren muchas personas • Valorar limitación de entradas y salidas del área territorial evaluada excepto para actividades esenciales.
	Trabajo			<ul style="list-style-type: none"> • Acudir al trabajo de manera excepcional para actividades o reuniones precisas siempre que se mantengan las medidas de distanciamiento físico e higiene y prevención.
		<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar al máximo el teletrabajo • Los espacios comunes de los lugares de trabajo se regirán por las indicaciones establecidas en el nivel correspondiente. • Favorecer turnos escalonados en trabajos que requieren actividad presencial 		
	Transporte público y colectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el transporte en bicicleta o caminando. • Aumentar la frecuencia de horarios al máximo para garantizar una ocupación lo más baja posible. Garantizar la adecuada renovación del aire. No más de 2 pasajeros por fila de asientos en taxis y VTC, salvo que sean GCE y sin ocupar el asiento contiguo al conductor, salvo Evitar viajar en horas punta salvo para realizar actividades esenciales, acudir al puesto de trabajo o al centro educativo. 		
RIESGO ALTO Situaciones que implican:	Velatorios, entierros y ceremonias fúnebres	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar aforo a 75% en espacios cerrados (máximo 50 personas) siempre que se pueda garantizar la distancia de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar aforo al 50% en espacios cerrados (máximo 30 personas) siempre que se pueda garantizar la distancia de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar aforo a 1/3 en espacios cerrados (máximo 10 personas) siempre que se pueda garantizar la distancia de seguridad.



		Nivel de alerta 1	Nivel de alerta 2	Nivel de alerta 3
<ul style="list-style-type: none"> - Contacto estrecho y prolongado - Espacios cerrados - Ventilación escasa o deficiente - Concurrencia de muchas personas - Actividades incompatibles con el uso de mascarilla 		<ul style="list-style-type: none"> • Sin limitaciones en espacios abiertos siempre que se pueda garantizar la distancia de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin limitaciones en espacios abiertos siempre que se pueda garantizar la distancia de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar asistentes a 20 personas en espacios abiertos siempre que se pueda garantizar la distancia de seguridad.
	Otras ceremonias (nupciales, bautizos...) y lugares de culto	<ul style="list-style-type: none"> • Ceremonias: no podrá superar el 75% de aforo en espacios cerrados (con un máximo de 50 personas). • Sin limitaciones al aire libre siempre que se pueda garantizar la distancia de seguridad. • Lugares de culto: no podrá superar el 75% de aforo en espacios cerrados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceremonias: no podrá superar el 50% de aforo en espacios cerrados (con un máximo de 30 personas). • Sin limitaciones al aire libre siempre que se pueda garantizar la distancia de seguridad. • Lugares de culto: no podrá superar el 50% de aforo en espacios cerrados. Ofrecer servicios telemáticos o por televisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceremonias: Si es posible, aplazar su celebración hasta la mejora de la situación epidemiológica. • Aforo al 1/3 en espacios cerrados (máximo 10 personas) siempre que se pueda garantizar la distancia de seguridad. • Limitar asistentes a 20 personas al aire libre siempre que se pueda garantizar la distancia de seguridad. • Lugares de culto: no podrá superar el 1/3 de aforo en espacios cerrados. Ofrecer servicios telemáticos o por televisión.
	Centros sociosanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación de salidas de residentes • Limitar visitas garantizando las medidas de distanciamiento e higiene y prevención 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar visitas garantizando las medidas de distanciamiento e higiene y prevención y bajo supervisión. 	
Otros centros sociosanitarios (centros de día, centros de discapacitados, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar las salidas de residentes • Limitar visitas garantizando las medidas de distanciamiento físico e higiene y prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar las salidas de residentes • Limitar visitas garantizando las medidas de distanciamiento físico e higiene y prevención y bajo supervisión • Valorar la limitación de aforos salvo necesidad justificada de mantener la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspender la actividad salvo necesidad justificada de mantenerla. 	



		Nivel de alerta 1	Nivel de alerta 2	Nivel de alerta 3
	Centros recreativos de mayores (hogares del jubilado) y de jóvenes (ludotecas, centros de ocio juvenil...)	<ul style="list-style-type: none"> Apertura a un 75% de su aforo interior. Actividad permitida únicamente en mesas garantizando la distancia entre mesas de al menos 2 metros entre las sillas de diferentes mesas. Ocupación máxima de 10 personas por mesa o agrupación de mesas. 	<ul style="list-style-type: none"> Apertura a un 50% de su aforo interior. Actividad permitida únicamente en mesas garantizando la distancia entre mesas de al menos 2 metros entre las sillas de diferentes mesas. Ocupación máxima de 6 personas por mesa o agrupación de mesas. 	<ul style="list-style-type: none"> Suspender la actividad salvo necesidad justificada de mantenerla.
		<ul style="list-style-type: none"> Se deberá asegurar la correcta ventilación de los espacios interiores. En todo momento se hará uso de la mascarilla cuando no se esté comiendo ni bebiendo 		
	ZONAS INTERIORES de establecimientos de restauración y hostelería (bares, cafeterías y restaurantes –incluidos los de los hoteles-)	<ul style="list-style-type: none"> Apertura a un 75% de su aforo interior. Ocupación máxima de 10 personas por mesa o agrupación de mesas. Garantizar la distancia entre mesas de al menos 2 metros entre las sillas de diferentes mesas. 	<ul style="list-style-type: none"> Apertura a un 50% de su aforo interior. Ocupación máxima de 6 personas por mesa o agrupación de mesas. Garantizar la distancia entre mesas de al menos 2 metros entre sillas de diferentes mesas. Prohibición de consumo en barra. 	<ul style="list-style-type: none"> La autoridad sanitaria deberá valorar el cierre de las zonas interiores de los establecimientos, y en su defecto reducir los aforos al mínimo posible. Los establecimientos podrán dar servicio de recogida en local, envío a domicilio o recogida en vehículo en todos los niveles de alerta. La recogida se realizará siempre manteniendo distancias seguridad y medidas de prevención.
	<ul style="list-style-type: none"> Se deberá asegurar la correcta ventilación de los espacios interiores. En todo momento se hará uso de la mascarilla cuando no se esté comiendo ni bebiendo. Se puede encargar comida y bebida para llevar. Se eliminarán los servicios <i>self-service</i> o <i>bufet</i>. 			
ZONAS INTERIORES de instalaciones y centros deportivos (fuera del ámbito regulado por el Consejo Superior de Deportes)	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones y centros deportivos: 75% aforo garantizando distancia de seguridad y ventilación. Cerrados si no se puede garantizar. En las actividades grupales se mantendrán los límites de personas establecidos en este nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones y centros deportivos: 50% aforo garantizando distancia de seguridad y ventilación. Cerrados si no se puede garantizar. En las actividades grupales se mantendrán los límites de personas establecidos en este nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones y centros deportivos: 1/3 de aforo garantizando distancia de seguridad y ventilación. Cerrados si no se puede garantizar. En las actividades grupales se mantendrán los límites de personas 	



		Nivel de alerta 1	Nivel de alerta 2	Nivel de alerta 3
				establecidos en este nivel.
	Residencias de estudiantes	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de zonas comunes a 75% siempre garantizando las medidas de distanciamiento e higiene y prevención y favoreciendo el uso de zonas bien ventiladas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de zonas comunes a 50% del aforo (incluidos comedores, donde se pueden establecer turnos) y siempre garantizando las medidas de distanciamiento de higiene y prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de zonas comunes a 1/3 del aforo (incluidos comedores, donde se pueden establecer turnos) y siempre garantizando las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. • Prohibición de visitas.
	Establecimientos como salas de bingo, casinos, salones recreativos y de juegos y locales específicos de apuestas.	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura a un 75% de su aforo interior. • Ocupación máxima de 10 personas por mesa o agrupación de mesas. Garantizar la distancia entre mesas de al menos 2 entre las sillas de diferentes mesas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura a un 50% de su aforo interior. • Ocupación máxima de 6 personas por mesa o agrupación de mesas. Garantizar la distancia entre mesas de al menos 2 entre las sillas de diferentes mesas. • Prohibición de consumo en barra. 	<ul style="list-style-type: none"> • La autoridad sanitaria deberá valorar el cierre, y en su defecto reducir los aforos al mínimo posible.
	Discotecas, locales de ocio nocturno	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre 		
RIESGO MEDIO Situaciones que implican: <ul style="list-style-type: none"> – Contacto controlado – Espacios cerrados bien ventilados – Espacios abiertos con 	Congresos, encuentros, reuniones de negocio, conferencias, seminarios y otros eventos profesionales. <ul style="list-style-type: none"> • No podrá superar un aforo del 75% con un máximo de 50 asistentes y siempre garantizando las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. • Evitar las aglomeraciones en zonas de descanso. 	<ul style="list-style-type: none"> • No podrá superar un aforo del 50% con un máximo de 30 asistentes y siempre garantizando las medidas físicas de distanciamiento e higiene y prevención. • Evitar las aglomeraciones en zonas de descanso. • Recomendar la realización telemática especialmente en actividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo de forma telemática. 	



		Nivel de alerta 1	Nivel de alerta 2	Nivel de alerta 3
conurrencia de muchas personas Actividades compatibles con un uso continuo de mascarilla			destinadas a personal esencial.	
	Locales comerciales y prestación de servicios y mercadillos	<ul style="list-style-type: none"> • Locales: aforo al 75%. Si no es posible mantener la distancia de seguridad, se restringirá la permanencia dentro del local a un cliente. • Mercadillo: 75% de los puestos habitualmente autorizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Locales: aforo al 50%. Si no es posible mantener la distancia de seguridad, se permitirá la permanencia dentro del local de un cliente. • Mercadillo: 75% de los puestos habitualmente autorizados, si es al aire libre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Locales: aforo a 1/3. Si no es posible mantener la distancia de seguridad, se restringirá la permanencia dentro del local a un cliente. • Mercadillo: 50% de los puestos habitualmente autorizados, si es al aire libre.
		<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de recogida y envío a domicilio se mantendrán operativos, siempre manteniendo las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. 		
	Academias, autoescuelas, otros centros de formación no reglada (incluidas actividades promovidas por las administraciones)	<ul style="list-style-type: none"> • 75% del aforo • Podrá impartirse de un modo presencial siempre que se mantengan las medidas físicas de distanciamiento e higiene y prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar enseñanza telemática. • 50% del aforo. • Podrá impartirse de un modo presencial siempre que se mantengan las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. • Valorar la asistencia de las personas vulnerables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar enseñanza telemática • 1/3 del aforo. • Podrá impartirse de un modo presencial siempre que se mantengan las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. • Suspender actividades donde asistan personas vulnerables.
Hoteles, albergues turísticos y otros alojamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de zonas comunes: 75% siempre garantizando las medidas físicas de distanciamiento e higiene y prevención y favoreciendo el uso de zonas bien ventiladas 	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de zonas comunes a 50% del aforo y siempre garantizando las medidas de distanciamiento de higiene y prevención y favoreciendo el uso de zonas bien ventiladas 	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de zonas comunes a 1/3 del aforo y siempre garantizando las medidas de distanciamiento e higiene y prevención y favoreciendo el uso de zonas bien ventiladas 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Albergues turísticos: personas de diferentes grupos de convivencia no pueden pernoctar en la misma estancia. 			



		Nivel de alerta 1	Nivel de alerta 2	Nivel de alerta 3
	Actividad física o deporte en grupo no profesional	<ul style="list-style-type: none"> Para estos eventos deportivos valorar el riesgo de acuerdo a los protocolos y procedimientos del Consejo Superior de Deportes (Protocolo de actuación para la vuelta de competiciones oficiales de ámbito estatal y carácter no profesional-Temporada 20202021) Se deberá garantizar en todo momento las normas de distancia física y medidas de prevención e higiene de acuerdo al Decreto Ley 21/2020 y normativa autonómica de aplicación. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Permitidos eventos deportivos no profesionales no federados garantizando las medidas de distancia, higiene y prevención y un aforo de público de 75%. 	<ul style="list-style-type: none"> Permitidos eventos deportivos no profesionales no federados: garantizando las medidas de distancia e higiene y prevención y un aforo de público de 50%. 	<ul style="list-style-type: none"> Permitidos eventos deportivos no profesionales: no federados garantizando las medidas de distancia e higiene y prevención y un aforo de público de 1/3, siempre que sea en exteriores. Interior cerrado. Valorar la suspensión de deportes con contacto físico.
	<ul style="list-style-type: none"> Vestuarios y duchas: control de acceso para asegurar las medidas de distancia e higiene y prevención. 			
	Práctica deportiva federada y profesional	<ul style="list-style-type: none"> Para estos eventos deportivos valorar el riesgo de acuerdo a los protocolos y procedimientos del Consejo Superior de Deportes (Protocolo básico de actuación para la vuelta a los entrenamientos y el reinicio de las competiciones federadas y profesionales). Se deberá garantizar en todo momento las normas de distancia física y medidas de prevención e higiene de acuerdo al DecretoLey 21/2020 		
	ZONAS EXTERIORES de establecimientos de restauración y hostelería (bares, cafeterías y restaurantes –incluidos los	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de clientes separados y sentados, sujetos a las condiciones de reuniones (15 personas). 	<ul style="list-style-type: none"> Aforo del exterior al 75% con grupos de clientes separados y sentados, sujetos a las condiciones de reuniones (10 personas). 	<ul style="list-style-type: none"> Aforo del exterior al 75%, con grupos de clientes separados y sentados, sujetos a las condiciones de reuniones (6 personas). Limitación de la hora de admisión de clientes a las 22 horas y de cierre a las 23 horas.



	Nivel de alerta 1	Nivel de alerta 2	Nivel de alerta 3
de los hoteles-)	<ul style="list-style-type: none"> Mesas con una distancia de al menos 1,5 metros entre sillas de diferentes mesas. En todo momento se hará uso de la mascarilla cuando no se esté comiendo ni bebiendo. 		
Cines, teatros, auditorios, circos de carpa y espacios similares, así como locales y establecimientos destinados a actos y espectáculos culturales	<ul style="list-style-type: none"> Aforo máximo al 75% siempre que se pueda mantener un asiento de distancia en la misma fila en caso de asientos fijos o 1,5 metros de separación si no hay asientos fijos, entre los distintos grupos de convivencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Aforo máximo al 50%, siempre que se pueda mantener un asiento de distancia en la misma fila en caso de asientos fijos o 1,5 metros de separación si no hay asientos fijos, entre los distintos grupos de convivencia. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Entradas numeradas. Asientos preasignados. Se recomienda no comer ni beber durante el espectáculo. 		
Celebración de otros eventos culturales y de asistencia de público (en espacios cerrados y al aire libre)	<ul style="list-style-type: none"> Para todos los eventos culturales valorar el riesgo de acuerdo al documento de Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España. Se deberá garantizar en todo momento las normas de distancia física y medidas de prevención e higiene de acuerdo al Decreto-Ley 21/2020 		
Bibliotecas, archivos, museos, salas de exposiciones, monumentos y otros equipamientos culturales	<ul style="list-style-type: none"> Sin restricciones de aforo siempre garantizando las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. Actividades en grupo sujetos a las condiciones de reuniones (15 personas). 	<ul style="list-style-type: none"> Aforo máximo al 75% para cada una de sus salas y espacios públicos. Actividades en grupo sujetos a las condiciones de reuniones (10 personas). 	<ul style="list-style-type: none"> Aforo máximo al 50% para cada una de sus salas y espacios públicos Actividades en grupo sujetos a las condiciones de reuniones (6 personas).
Piscinas y playas	<ul style="list-style-type: none"> Distancia entre los distintos grupos de convivencia. Insistir en que se mantengan las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> Limitación de aforo al 75% de piscinas. Limitaciones de acceso a las playas. Control de aforos.	<ul style="list-style-type: none"> Limitación de aforo al 50% de piscinas al aire libre y a 1/3 en piscinas cerradas Acceso a playas para pasear o hacer deporte, manteniendo las medidas de distanciamiento físico e higiene y prevención. Limitación de horarios.



		Nivel de alerta 1	Nivel de alerta 2	Nivel de alerta 3
RIESGO BAJO Situaciones que implican: <ul style="list-style-type: none"> – Contacto controlado – Espacios abiertos – Buena ventilación – Concurrencia limitada y/o controlada de personas – Actividades compatibles con un uso continuo de mascarilla 	Parques y zonas de esparcimiento al aire libre	<ul style="list-style-type: none"> • Abiertos manteniendo las medidas de distanciamiento físico e higiene y prevención. • Prohibición de consumo de alcohol y vigilancia de que se cumplen las medidas de reunión establecidas en cada fase. • Recomendar el cierre nocturno de aquellas zonas que lo permitan. 		
	Centros educativos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la guía de <i>Medidas de Prevención, Higiene y Promoción de la Salud frente a COVID-19 para centros educativos en el curso 2020-2021</i> • Aplicar las recomendaciones referidas a la comunidad universitaria para el curso 2020-2021 y a los centros educativos en cuyas instalaciones se desarrollan prácticas en enseñanzas de formación profesional Educación presencial según declaración de actuaciones coordinadas en salud pública frente al covid-19 para centros educativos durante el curso 2020-21. Los centros educativos se mantendrán abiertos durante todo el curso escolar asegurando los servicios de comedor, así como apoyo lectivo a menores con necesidades especiales o pertenecientes a familias socialmente vulnerables. • En caso de brotes o transmisión descontrolada y antes de cerrar el centro educativo, se valorará educación semipresencial o bien adaptación horaria que permita una mayor limitación de contactos. • 		
	Actividad física individual	<ul style="list-style-type: none"> • Permitida al aire libre garantizando las medidas de distanciamiento e higiene y prevención. 		



Anexo 1. Otros indicadores epidemiológicos y de capacidad

(Estos indicadores y sus umbrales se irán actualizando según avance el conocimiento y el análisis de la situación epidemiológica así lo requiera).

Indicador	Fórmula de cálculo	Valoración de riesgo					Fuente de información
		Nueva normalidad	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Evaluación del nivel de transmisión							
Tendencia de casos diagnosticados (interpretar siempre en el contexto de la incidencia en el territorio)	Número de casos confirmados en los días 1 a 7 antes de la fecha - número de casos confirmados en los días 8 al 14 antes de la fecha * 100 / Número de casos confirmados los días 8 al 14 antes de la fecha	Descendente o estable las últimas 4 semanas	Oscila sin incrementos sostenidos	Incrementos sostenidos de bajo nivel (<25%)	Incrementos sostenidos intermedios (25-50%) o incremento puntual importante (>50%)	Incrementos sostenidos elevados (>50%) o incremento puntual muy importante (>100%)	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
Positividad de pruebas* en casos sospechosos en atención primaria (AP) por semana	Casos sospechosos en AP (consulta última semana) con prueba positiva*100 / casos sospechosos en AP (consulta última semana) con resultado de prueba disponible	≤6%	>6 a ≤10%	>10 a ≤20%	>20 a ≤30%	>30%	Declaración agregada semanal al Ministerio de Sanidad
Número de reproducción instantáneo (R _t)	Promedio de casos secundarios por cada caso detectado, calculado usando la serie de casos por fecha de inicio de síntomas, en promedio los días 5 a 15 antes de la fecha	≤ 1	>1 a ≤1,1	>1,1 a ≤1,5	> 1,5 a ≤2	>2	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES). Información elaborada en las CCAA
Evaluación de la capacidad de diagnóstico precoz de casos							
Número de casos sospechosos por caso confirmado en 7 días	Número de casos sospechosos (AP y hospitales) en 7 días / Número de casos confirmados en esos 7 días	≥10	<10 a ≥7	<7 a ≥ 4	<4 a ≥2	<2	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.y SIVIES
Proporción de casos sospechosos en atención primaria (AP) con prueba* diagnóstica realizada	Nuevos casos sospechosos en AP con prueba realizada x 100 / nuevos casos sospechosos en AP en 7 días (por fecha de consulta)	>90%	<90 a ≥85%	<85 a ≥80%	<70 a ≥80%	<70%	Declaración agregada semanal al Ministerio de Sanidad



Tasa de pruebas* realizadas	Número total de pruebas realizadas *100.000 / Número total de habitantes	≥1.500	<1.500 a ≥1.000	<1.000 a ≥800	<800 a ≥600	<600	SERLAB
Número de pruebas* realizadas por caso confirmado en 7 días	Número total de pruebas realizadas en 7 días/ Número total de casos confirmados en 7 días	≥30	<30 a ≥20	<20 a ≥10	<10 a ≥5	<5	SERLAB, SIVIES
Retraso diagnóstico	Mediana en días entre la inicio de síntomas en casos confirmados y la fecha de diagnóstico	≤1día	>1 a ≤2 días	>2 a ≤5 días	>5 a ≤8días	>8 días	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
Tiempo de diagnóstico	Mediana en días entre la fecha de consulta y la de diagnóstico	≤1día	>1 a ≤2 días	>2 a ≤5 días	>5 a ≤8días	>8 días	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
Evaluación del nivel de gravedad							
Tasa de hospitalizaciones por COVID, por 100.000 habitantes en 7 días	Número de nuevos ingresos hospitalarios por COVID en 7 días *100.000/ Número de habitantes en el territorio	≤10	>10 a ≤20	>20 a ≤30	>30 a ≤40	≥40	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
Proporción de ingresos debidos a COVID	Número de ingresos hospitalarios debidos a COVID en 7 días*100/Total de ingresos hospitalarios en 7 días	≤1%	>1 a ≤5%	>5 a ≤10%	>10 a ≤20%	≥20%	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
Porcentaje de casos hospitalizados que ingresan en UCI	Número de casos confirmados que han ingresado en UCI *100/ total de casos hospitalizados por COVID (valorada a los 7 días)	≤5%	> 5 a ≤10%	>10 a ≤20%	>20 a ≤30%	≥30%	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES). Información de las CC.AA.
Letalidad en casos confirmados	Porcentaje de fallecidos por cohorte semanal (valorado a las 3 semanas del diagnóstico)	≤0.5%	>0.5 a ≤1%	>1 a ≤3%	>3 a ≤5%	≥5%	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
Tasa de mortalidad acumulada en 7 días por millón de habitantes	Casos de COVID confirmados por PCR que han fallecido en 7 días * 1.000.000 / Número de habitantes en el territorio	≤5	>5 a ≤10	>10 a ≤30	>30 a ≤50	>50	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)



Exceso mortalidad por todas las causas en las últimas 2 semanas*	*Se considera cualquier día de exceso de mortalidad por todas las causas identificado en las	≤1%	>1 a ≤3%	>3 a ≤13%	>13 a ≤25%	>25%	Sistema de monitorización de la mortalidad diaria
	últimas 2 semanas, que pueda estar incluido en un periodo de exceso de mortalidad según los criterios MoMo						(MoMo)
Capacidad para el control de la transmisión							
Plazas de aislamiento o cuarentena en dispositivos no sanitarios	Plazas de aislamiento o cuarentena en dispositivos no sanitarios*100 / nuevos casos diagnosticados en los días 5 a 18 antes de la fecha	≥7%	<7 a ≥5%	<5 a ≥3%	<3 a ≥1%	<1%	Necesidad de recoger ad hoc
Ocupación de plazas de aislamiento o cuarentena en dispositivos no sanitarios	Número de plazas de aislamiento o cuarentena en dispositivos no sanitarios ocupadas en la fecha / Número de plazas disponibles en estos dispositivos	≤25%	>25 a ≤50%	>50 a ≤70%	>70 a ≤90%	>90%	Necesidad de recoger ad hoc
Proporción de casos con estudio de contactos en los primeros 3 días	Número de casos diagnosticados los últimos 3 días con contactos estudiados*100 / total de casos diagnosticados en los últimos 3 días	≥ 90%	<90 a ≥80%	<80 a ≥70%	<70 - ≥60%	<60%	Efectividad de los sistemas de trazabilidad de contactos
Centros sociosanitarios							
Centros sociosanitarios con brotes nuevos los últimos 7 días	Centros socio-sanitarios con brotes nuevos en los últimos 7 días *100/ número de centros socio-sanitarios	≤1%	>1 a ≤3%	>3 a ≤5%	>5 a ≤10%	>10%	Información semanal de brotes, información ad hoc
Casos por brote en centros socio-sanitario últimos 7 días	Número de casos confirmados de residentes / número de brotes en centros sociosanitarios últimos 7 días	≤5	>5 a ≤10	> 10 a ≤15	> 15 a ≤20%	>20	Información semanal de brotes

* Pruebas para el diagnóstico de infección activa (PDIA, incluidas en estrategia diagnóstico) como PCR o pruebas de antígenos.



ANEXO XIII

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LA DECLARACIÓN DE ACTUACIONES COORDINADAS EN SALUD PÚBLICA PARA RESPONDER A LA SITUACIÓN DE ESPECIAL RIESGO QUE SE DERIVA DE LA ASISTENCIA DE PÚBLICO A ACONTECIMIENTOS DEPORTIVOS PROFESIONALES DE CARÁCTER INTERNACIONAL DURANTE LA FASE DE TRANSMISIÓN NO CONTROLADA DE INFECCIONES CAUSADAS POR EL SARS-CoV-2

La Organización Mundial de la Salud elevó el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 a pandemia internacional.

En el momento actual, nuestro país registra una tendencia ascendente y preocupante en el número de casos diagnosticados de COVID-19, en línea con lo que está sucediendo en la mayoría de países europeos.

Este incremento se traduce en un aumento importante de la Incidencia Acumulada en catorce días, hasta situarse, con fecha 26 de octubre, en 410 casos por 100.000 habitantes, muy por encima de los 60 casos por 100.000 habitantes que marca el umbral de alto riesgo de acuerdo a los criterios del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades. Este incremento de la transmisión está afectando a grupos poblacionales de riesgo y está teniendo un impacto importante en la ocupación hospitalaria.

Los poderes públicos y las diferentes autoridades sanitarias están adoptando actos y disposiciones para responder a esta situación y contener la propagación de la enfermedad, incluyendo medidas restrictivas dirigidas a reducir la movilidad social y limitar las situaciones de riesgo asociadas con las agrupaciones de personas no convivientes. En este sentido, el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARSCoV-2, establece un conjunto de medidas de elevada intensidad en un marco de cogobernanza para afrontar la gravedad de la situación de crisis sanitaria con las máximas garantías constitucionales.

Dentro de las medidas puestas en marcha, destaca la limitación del tamaño de los grupos en lugares públicos y privados y la reducción de contactos entre personas no convivientes, que forman parte del conjunto de medidas sociales y de salud pública de la estrategia integral de la Organización Mundial de la Salud para contribuir a detener las cadenas de transmisión de persona a persona y el control de brotes. La limitación del número máximo de personas en un mismo espacio ha sido aplicada en varias comunidades autónomas y en distintos países de nuestro entorno con resultados positivos desde el punto de vista epidemiológico.

La necesidad de aplicar estas limitaciones cobra especial relevancia en relación con acontecimientos como los deportivos de alto nivel, en los que la afluencia de público podría suponer situaciones de riesgo para la salud pública, no sólo a la entrada y salida del recinto o durante la celebración del evento, sino también como consecuencia de la movilidad social asociada al mismo, en un momento concreto de evolución de la pandemia como el actual que requiere que se adopten decisiones firmes para evitar dichas situaciones de riesgo.



De esta manera, el apartado 1 del artículo 15 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 establece que “las administraciones competentes deberán asegurar el cumplimiento por los titulares de las instalaciones en las que se desarrollen actividades y competiciones deportivas, de práctica individual o colectiva, de las normas de aforo, desinfección, prevención y acondicionamiento que aquellas establezcan”.

El apartado 2 de dicho artículo señala que “en el caso de la Liga de Fútbol Profesional y la Liga ACB de baloncesto, la administración competente para la aplicación de lo dispuesto en el apartado anterior será el Consejo Superior de Deportes, previa consulta al organizador de la competición, al Ministerio de Sanidad y a las Comunidades Autónomas”. En aplicación de esta disposición, las mencionadas instituciones han optado hasta el momento por no permitir la asistencia de público en dichas ligas profesionales, en consonancia con la Estrategia “Deporte Seguro” adoptada por el Consejo Superior de Deportes en estrecha y constante coordinación con el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

Teniendo en cuenta que la decisión sobre el establecimiento de normas de aforo y otras medidas para prevenir el riesgo de contagio en competiciones deportivas diferentes de las señaladas, corresponde a la autoridad sanitaria competente en aplicación de la legislación de salud pública vigente, resulta preciso adoptar una acción coordinada dirigida a aplicar un único criterio con respecto a la autorización de asistencia de público en las competiciones deportivas de carácter profesional de fútbol y baloncesto de ámbito europeo, a las que sólo acceden equipos que participan en la primera división de fútbol y en la liga ACB de baloncesto, por tratarse de las mismas instalaciones y los mismos equipos que forman parte de las mencionadas ligas nacionales.

El artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, prevé que la declaración de actuaciones coordinadas corresponde al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de las comunidades directamente afectadas. Esta declaración trata de responder a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública y obliga a todas las partes incluidas en ella.

En la declaración de actuaciones coordinadas se incluirá la medida que constituye el objeto de este Acuerdo, que se considera necesaria e imprescindible para atajar la situación de especial riesgo para la salud pública derivada del incremento de casos positivos por COVID-19, y que, por su naturaleza, se considera que tiene un impacto muy significativo en el objetivo de prevenir y controlar la expansión de la enfermedad. En este sentido, la declaración pretende ofrecer una respuesta conjunta ante la actual situación epidemiológica, tanto en nuestro país como en buena parte del mundo, la cual desaconseja de todo punto en este momento que se produzcan situaciones de riesgo como las que se podrían producir en caso de permitir la asistencia de público a eventos deportivos como los señalados.

La declaración de actuaciones coordinadas vendrá referida a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, incluirá a todas las comunidades y ciudades autónomas y surtirá los efectos previstos en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.



A la vista de lo anterior, en su sesión de 28 de octubre de 2020, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA:

PRIMERO. Que sean declaradas como actuaciones coordinadas en salud pública para responder a la situación de especial riesgo que se deriva de la asistencia de público a acontecimientos deportivos profesionales de carácter internacional durante la fase de transmisión no controlada de infecciones por COVID-19, de acuerdo con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las siguientes:

1. Las autoridades sanitarias de las comunidades y ciudades autónomas no permitirán en su territorio la presencia de público en los acontecimientos deportivos que se celebren en el marco de competiciones internacionales de fútbol y baloncesto de carácter profesional.
2. La medida prevista en el apartado anterior se aplicará, al menos, mientras no se permita dicha asistencia en las competiciones profesionales de ámbito nacional, de acuerdo con lo previsto en el artículo 15.2 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

SEGUNDO. La comunidad autónoma de País Vasco ha formulado voto particular negativo a este Acuerdo.

Conforme al segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, dado que este Acuerdo viene referido a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, este Acuerdo será de obligado cumplimiento para todas las comunidades y ciudades autónomas integrantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con independencia del sentido de su voto.

TERCERO. La Declaración de Actuaciones Coordinadas producirá efectos desde su notificación a las comunidades y ciudades autónomas incluidas en ellas y hasta que se apruebe por el Ministro de Sanidad la finalización de éstos.



ANEXO XIV

DISTRIBUCIÓN DE CRÉDITOS DESTINADOS A LA FINANCIACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO 2020 DE LA RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y PRESTACIONES DEL SNS.

PROPUESTA DISTRIBUCIÓN A LAS CCAA. CRÉDITO PRESUPUESTARIO 26.07.313B.457 SEGÚN EL PLAN DE TRABAJO ANUAL 2020

Agencia / Unidad de Evaluación	Porcentaje sobre crédito total	Cuantía sobre crédito total (euros)
AETSA, Andalucía	15,5	555.000
IACS, Aragón	19,7	700.000
SESCS, Canarias	15,5	555.000
AQuAS, Cataluña	15,5	555.000
Avalia-t, Galicia	15,5	555.000
UETS, Madrid	2,8	100.000
Osteba, País Vasco	15,5	555.000
TOTAL	100,00	3.575.000



ANEXO XV

PROPUESTA DE ACUERDO DE CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE CRÉDITOS DESTINADOS AL PROGRAMA DE REASENTAMIENTO Y REUBICACIÓN DE REFUGIADOS DEL EJERCICIO 2020.

Aplicando los coeficientes de ponderación, a los distintos tramos de la pirámide de edad, el N° de Unidades de Reparto es de 335.858, repartidas por Comunidades Autónomas según la siguiente tabla; asimismo se detalla en la misma, la asignación económica correspondiente para cada Comunidad Autónoma.

COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA	SOLICITANTES DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL <i>Número Unidades de Reparto 2019</i>	IMPORTE <i>(en euros)</i>
Andalucía	48.064	250.439
Aragón	16.177	84.291
Asturias	9.081	47.317
Baleares	2.395	12.479
Canarias	13.503	70.358
Cantabria	8.088	42.143
Castilla y León	20.501	106.821
Castilla- La Mancha	14.933	77.809
Cataluña	29.661	154.550
Comunidad Valenciana	37.635	196.098
Extremadura	3.537	18.430
Galicia	13.975	72.817
Madrid	81.875	426.612
Murcia	6.751	35.176
Navarra	9.198	47.927
País Vasco	18.025	93.920
La Rioja	2.108	10.984
Ceuta	260	1.355
Melilla	91	474
TOTAL	335.858	1.750.000



**CUMPLIMIENTO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA APLICACIÓN DE
LOS FONDOS DESTINADOS AL PROGRAMA DE REASENTAMIENTO Y
REUBICACIÓN DE REFUGIADOS DEL EJERCICIO 2019.**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	IMPORTE APROBADO 2019 (EN EUROS)	IMPORTE COMPROMETIDO (EN EUROS)
Andalucía	245.489	245.489
Aragón	64.782	64.782
Asturias, Principado de	43.108	43.108
Baleares, Illes	16.330	16.330
Canarias	62.630	62.630
Cantabria	38.515	38.515
Castilla y León	100.541	100.541
Castilla - La Mancha	76.074	76.074
Cataluña	166.530	166.530
Comunidad Valenciana	260.780	260.780
Extremadura	15.783	15.783
Galicia	62.537	62.537
Madrid, Comunidad de	398.992	398.992
Murcia, Región de	38.997	38.997
Navarra, Comunidad Foral de	36.242	36.242
País Vasco	110.590	110.590
La Rioja	9.418	9.418
Ceuta	742	742
Melilla	1.920	1.920
TOTAL	1.750.000	1.750.000

ANEXO XVI

PROGRAMA DEL AÑO 2020, DE DESARROLLO DE POLÍTICAS DE COHESIÓN SANITARIA, DE FORMACIÓN PARA FACULTATIVOS/AS MÉDICOS/AS, ODONTÓLOGOS/AS, FARMACÉUTICOS/AS Y ENFERMEROS/AS Y DE EDUCACIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN PARA FAVORECER EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

Marco de Aplicación de la disposición Adicional sexta del texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

El texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado mediante el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, prevé en su Disposición adicional sexta que la industria farmacéutica realice aportaciones al Sistema Nacional de Salud en función de su volumen de ventas.

El apartado 3 de esta Disposición, en la redacción dada a la misma en la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la 29/2006, establece que las cantidades a ingresar se destinarán a la investigación, en el ámbito de la biomedicina, en cantidad suficiente para financiar las necesidades de investigación clínica que se lleve a cabo, a través de la iniciativa sectorial de investigación en biomedicina y ciencias de la salud, ingresándose en la caja del Instituto de Salud Carlos III. El resto de fondos se destinarán al *desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, programas de formación para facultativos médicos, odontólogos, farmacéuticos, y enfermeros, así como a programas de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos, según la distribución que determine el Ministerio de Sanidad previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ingresándose en el Tesoro Público.*

A. PROGRAMAS

En desarrollo de lo previsto en esta disposición, y dando continuidad a las actividades desarrolladas en ejercicios anteriores se definen los siguientes **PROGRAMAS** con una dotación estimada de **45.960.260,43** millones de euros.

1. DESARROLLO DE POLÍTICAS DE COHESIÓN SANITARIA

1.1. PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

- 1.1.1. PROGRAMAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON FRAGILIDAD, COMORBILIDAD, ENFERMEDADES CRÓNICAS O NECESIDADES DE ATENCIÓN COMPLEJAS.**
- 1.1.2. PROGRAMAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS.**
- 1.1.3. PROGRAMAS DE DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS INNECESARIOS.**
- 1.1.4. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, ASÍ COMO OTRAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRIORITARIAS DE GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ASOCIADAS A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA.**
- 1.1.5. PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**



Los Programas se desarrollarán en el marco de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, así como de otras estrategias tanto nacionales como autonómicas que contemplen acciones encaminadas a la mejora de la farmacoterapia y de la utilización de los medicamentos.

Los Programas serán gestionados por las Comunidades Autónomas.

1.2. PROGRAMAS DE DESARROLLO DEL PROCESO DE LA RECETA ELECTRÓNICA, SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA APOYO A LA PRESCRIPCIÓN Y ADAPTACIÓN AL NOMENCLÁTOR MAESTRO

Los Programas se desarrollarán en el marco del diseño, implantación y mejora de los sistemas de información relacionados con la gestión de la prestación farmacéutica.

Los Programas serán gestionados por las Comunidades Autónomas.

1.3 PROGRAMAS DE DESARROLLO DE MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE SUS PRESTACIONES

Los programas se desarrollarán en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de la prestación farmacéutica, incluyendo la formación e impulso de Comités o grupos de trabajo que promuevan el uso racional de los medicamentos mediante la elaboración de protocolos, guías y recomendaciones para el uso adecuado de los medicamentos que contribuyan a la sostenibilidad, homogeneidad y la equidad de la prestación farmacéutica a los y a las pacientes.

Los Programas serán gestionados por las Comunidades Autónomas.

1.4. PROGRAMA PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LOS INFORMES DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El plan se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas cuyo objetivo sea el despliegue del “Plan para la consolidación de los informes de posicionamiento terapéutico de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud”.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.5. PLAN DE OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

El programa se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas cuyo objetivo sea el despliegue del “Plan de optimización de la utilización de los analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico”.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.



1.6. PROGRAMA DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EMERGENTES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El programa se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas cuyo objetivo principal sea mejorar la capacidad del SNS para anticiparse a los retos que suponen la incorporación de nuevos medicamentos con una estrategia integral que aborde la identificación de los medicamentos emergentes (horizon scanning), siendo aquellos que van a ser autorizados por el organismo regulador con un horizonte temporal de 3-5 años, el análisis de su impacto y las líneas de planificación que se consideren necesarias.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.7. PROGRAMA DE POTENCIACIÓN DE LA CULTURA DE ANÁLISIS CRÍTICO DE LA BIBLIOGRAFÍA PUBLICADA EN EL CAMPO DE MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El programa se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas cuyo objetivo principal sea potenciar la cultura de análisis crítico de la literatura científica publicada en el campo de los medicamentos entre los profesionales sanitarios. Las habilidades en lectura crítica son un requisito básico para una toma de decisiones clínicas informadas en la utilización óptima de los medicamentos, por lo que una lectura crítica rigurosa e independiente contribuirá a una mejor toma de decisiones.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.8. PROGRAMA DE DESARROLLO DE LAS NUEVAS MEDIDAS DE FARMACOVIGILANCIA. APOYO AL DESARROLLO DE LA LEY DE GARANTÍAS Y DEL PLAN DE ACTUACIONES EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE FARMACOVIGILANCIA DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

El Programa se desarrollará en el marco del diseño e implantación de medidas de farmacovigilancia, tanto las incluidas en el R.D Legislativo 1/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, como las incluidas en el plan de actuaciones en el Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano, basado en el trabajo conjunto de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y los órganos competentes en farmacovigilancia de las Comunidades Autónomas (CCAA), de los que dependen los Centros Autonómicos de Farmacovigilancia (CCAAFV).

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.9 PLAN ESTRATEGICO Y DE ACCION PARA REDUCIR EL RIESGO DE SELECCIÓN Y DISEMINACION DE RESISTENCIAS A LOS ANTIBIOTICOS

El Programa se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas del «Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos» que abarque medicina humana y veterinaria, para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias antimicrobianas.



El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.10. PLAN NACIONAL DE DONACIÓN DE MÉDULA ÓSEA COMO ESTRATEGIA DE SALUD DEL PLAN DE CALIDAD DEL SNS

El objetivo fundamental del Plan Nacional de Médula Ósea es la **mejora progresiva de la autosuficiencia de donantes**, alcanzando al menos el 35% al finalizar el año 2022. El Plan incluye acciones estratégicas encaminadas a aumentar el número de donantes de médula ósea y a la progresiva modificación de la composición poblacional del Registro Español de Donantes de Médula Ósea (REDMO), atrayendo a los donantes solicitados con más frecuencia con campañas de divulgación y promoción específicas. Con estos fondos, también se apoya la realización de los tipajes HLA (o determinación de los antígenos HLA) de los donantes registrados en REDMO, tipajes que han de realizarse conforme a los estándares consensuados a nivel nacional en el seno del Plan.

Se fija la cantidad de **178.780 €** para la realización de actividades de **información a los donantes de médula ósea**. Esta cantidad fija se distribuirá proporcionalmente entre las CCAA de acuerdo con el criterio poblacional del último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

Así mismo, se fija una cantidad de **100.000 €** para **publicidad** que se distribuirá entre todas las CCAA.

Se propone la financiación por parte del Ministerio de Sanidad del 50% de los **tipajes HLA** de los nuevos donantes de médula ósea que se prevé sean registrados durante el año 2020 (20.000). La cuantía del tipaje de este número de donantes asciende a **1.000.000€**. El otro 50% será financiado por las CCAA. La financiación de tipajes por parte del Ministerio irá dirigida a cada CA en función del número de nuevos donantes previsto para el mencionado año.

Los datos correspondientes al número total de donantes de médula ósea y por CCAA los proporciona la ONT, así como también propone las cantidades que deben adjudicarse de los fondos destinados al Plan Nacional de Donación de Médula Ósea.

El Programa será gestionado por las CCAA en cooperación con la ONT, con una asignación total de **1.278.780€**.

1.11. PROGRAMA DE DESARROLLO DE POLITICAS DE COHESION EN ENFERMADES RARAS

El Programa se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de rutas asistenciales para el acceso al diagnóstico genético de personas y familias afectadas o con sospecha de padecer enfermedades raras de base genética en el Sistema Nacional de Salud.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

1.12. PROGRAMA DE DESARROLLO DE LAS TERAPIAS DE ELEVADO IMPACTO SANITARIO, SOCIALY/O ECONÓMICO PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LOS TRATAMIENTOS Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.



El programa incluye el desarrollo de protocolos farmacoclinicos, la creación de Comités Autonómicos para la dirección y el seguimiento de estrategias de tratamientos complejos, especialmente las terapias avanzadas, las actividades de coordinación interprofesional para la utilización, la mejora de los sistemas de información para la gestión, así como la implantación de planes nacionales o autonómicos.

El programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.13 PROYECTOS e SALUD:

1.13.1. PLATAFORMA DE INTEROPERABILIDAD DE RECETA ELECTRÓNICA, HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y TARJETA SANITARIA Y SUS APLICACIONES DE SOPORTE A LAS POLÍTICAS DE COHESIÓN Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

El objetivo de este programa es evolucionar funcionalmente y reforzar tecnológicamente (con el HW, SW y los servicios necesarios) el Nodo central del SNS y las aplicaciones que sobre él corren y que dan soporte a las políticas de cohesión y el uso racional del medicamento en el SNS, tanto desde el punto de vista operativo, como son Tarjeta Sanitaria, HCDSNS, Receta electrónica, sistemas de compensación de actividad y farmacia entre CCAA y entre países, servicios derivados de la implantación de la directiva transfronteriza para el intercambio de información clínica y administrativa que permita la cohesión y el uso racional del medicamento entre los diversos sistemas sanitarios etc., como desde el punto de vista de las aplicaciones que les dan el soporte necesario para su funcionamiento diario, como el registro de centros, las ayudas a la prescripción, los servicios semánticos, el registro de profesionales del SNS, los sistemas de información que dan soporte a las competencias de farmacia en la fijación de precios, publicidad de los medicamentos, etc., que sirven de herramienta a las políticas de uso racional del medicamento del Ministerio.

1.13.2. VALTERMED: DESARROLLO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA DETERMINAR EL VALOR TERAPÉUTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO SANITARIO Y ECONÓMICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD E INTEGRACIÓN CON LOS SISTEMAS DE PRESCRIPCIÓN Y GESTIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA FOMENTAR EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD.

El objetivo del programa es desarrollar un sistema de información para determinar el valor terapéutico en la práctica clínica real de los medicamentos de alto impacto sanitario y económico en el SNS.

Con ello, se pretende disponer de información óptima para la adecuada toma de decisiones en la gestión macro, meso y micro de la prestación farmacéutica en las distintas etapas del ciclo del medicamento.

1.13.3. CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA DEL SNS

El objetivo de este programa es desarrollar actuaciones de mejora, consolidación y difusión de todos los subsistemas de información que conforman el Sistema de Información Sanitaria establecido en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS que permiten la obtención de indicadores comunes



del SNS de apoyo a la toma de decisiones estratégicas en políticas de cohesión, mejora de la calidad y eficiencia asistencial y uso racional del medicamento, con especial atención a los relacionados con el RAECMBD y la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria.

1.13.4. DESARROLLO, ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN INNOVADORAS APLICADAS A ESTRATEGIAS Y PROCESOS COMPARTIDOS POR VARIAS CCAA

El objetivo de este programa es analizar, dentro del marco de los procesos compartidos por varias CCAA, la definición común de las necesidades y, en su caso, realizar los desarrollos, adquisiciones y/o prestación de servicios por o a través del Ministerio para todas aquellas CCAA interesadas en dichas tecnologías, reduciendo los costes y tiempos de puesta en funcionamiento y reduciendo la variabilidad de estas actuaciones en el SNS, actuando de facto como una política de cohesión. A modo de ejemplo incluye los sistemas de estratificación de la población, los sistemas informáticos de gestión de pacientes crónicos, la plataforma de innovación sanitaria, la web de la red de agencias evaluadoras de tecnologías sanitarias, así como la prestación de servicios tecnológicos habilitantes para el resto de proyectos como la identificación y firma electrónica de profesionales sanitarios para los proyectos de Receta electrónica e Historia Clínica Digital del SNS.

Entre los proyectos de interés se incluye la adaptación de los sistemas de información para mejorar las capacidades de vigilancia nacionales mediante la integración en la Red Nacional de vigilancia epidemiológica de sistemas de vigilancia de la infección asociada a la asistencia sanitaria existentes y el estudio de necesidades y es su caso desarrollo, de las herramientas informáticas que permitan la implantación completa de la vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria garantizando la compatibilidad entre los sistemas de las CCAA y de la Administración General del Estado.

El Ministerio de Sanidad ha desarrollado una herramienta de gestión de la información relacionada con las alertas sanitarias de interés Nacional e Internacional que requiere una 2ª fase de desarrollo para modificarla y adaptarla a las nuevas necesidades identificadas tras un periodo inicial de uso en el marco del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta.

1.13.5. PROYECTO DE DESARROLLO EL REGISTRO ESTATAL DE PROFESIONALES SANITARIOS

El objetivo de este programa es disponer de la operatividad del Registro Estatal con la finalidad de la planificación de recursos humanos, y de garantía para los pacientes además de servir de herramienta para avanzar en la cohesión y calidad del SNS. Además, su creación y funcionamiento viene a dar cumplimiento a la exigencia del derecho comunitario para acreditar la buena práctica profesional en el marco de libre prestación de servicios.

1.13.6. PROYECTOS CORPORATIVOS DE COORDINACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN CIENCIAS DE LA SALUD

El objetivo de este programa es promover la gestión del conocimiento para ofrecer a los y a las profesionales sanitarios/as el acceso ágil y eficiente a los recursos científicos de calidad, que les sirvan de ayuda en su actividad y permitan aumentar la calidad de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.



Un objetivo fundamental en materia de calidad sanitaria es la detección, evaluación, implementación y disseminación de buenas prácticas del Sistema Nacional de Salud, que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica y que impulsen una atención basada en la evidencia científica y orientada hacia la excelencia, basada en el aprendizaje y la mejora continua.

1.13.7. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS EN EL MARCO DEL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES: COBERTURAS DE VACUNACIÓN Y ESTIMACIÓN DE RIESGO EN LA POBLACIÓN FRENTE A LA EXPOSICIÓN DE FACTORES QUÍMICOS.

El objetivo de este programa es implementar el sistema de información que permita evolucionar tecnológicamente en la necesaria monitorización del cumplimiento de los objetivos estratégicos para el control de las enfermedades inmunoprevenibles a nivel nacional e internacional, específicamente en relación con las coberturas de vacunación. Asimismo, se contempla incluir un elemento adicional en el marco del control de enfermedades no transmisibles: medir el nivel de riesgo en la población frente a la exposición de agentes químicos y aproximación al “umbral” que determina la aparición de enfermedades no transmisibles (biomonitoring).

1.13.8. DESARROLLO E INTEGRACION DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN RED DE VIGILANCIA EN SALUD

El objetivo de este programa es avanzar de manera armónica en la integración de sistemas de información que son necesarios para mejorar la vigilancia en salud pública, entre ellas las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la vigilancia de factores de riesgo químicos o biológicos presentes en el aire, suelo, ambientes interiores y productos de consumo y los relacionados con el cambio climático, además de los relativos a la vigilancia de la salud laboral. Asimismo, se incluirá la plataforma que permita facilitar la evaluación de la realización de los programas de detección precoz de la infección por VIH en centros comunitarios, su rendimiento, el intercambio de buenas prácticas y resultado para lo que es importante disponer de información estandarizada y común en todos los centros donde se lleva a cabo este tipo de programas. Se pretende implementar la plataforma web ya diseñada para facilitar la recogida de información de las actividades de detección precoz de la infección que se realiza a nivel comunitario, así como establecer el flujo de información en todos los niveles implicados (centro, CCAA, Departamento). Además, de iniciar el desarrollo del sistema de información de vigilancia de salud laboral (SISAL) en el marco de la norma que se propone aprobar para la creación de la red estatal de vigilancia en salud pública.

El desarrollo de los proyectos e-Salud será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

1.14. PLAN DE DESARROLLO DE PLATAFORMA DE COMPRAS CENTRALIZADAS

El objetivo de este programa es mantener y mejorar la plataforma de compras centralizadas.

El desarrollo será gestionado por el INGESA, con una asignación de **300.000 €**.



1.15. AMPLIACIÓN Y MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1.15.1 PROGRAMA DE AMPLIACIÓN Y MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y FARMACIA.

El objetivo de este programa es desarrollar y mejorar sistemas de información relacionados con las competencias de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

1.16 PROGRAMA DE DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA EN EL AMBITO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

El objetivo de este programa es completar las áreas deficitarias de información en el SNS e integrar y mejorar los subsistemas de información existentes relativos al conocimiento de la salud de la población y la estructura y actuaciones del sistema sanitario, así como a establecer estrategias que mejoren la toma de decisiones en políticas de cohesión y uso racional del medicamento. Se priorizarán actuaciones estratégicas para el desarrollo del Sistemas de Información Sanitaria establecido en la Ley de Calidad y Cohesión del SNS: normalización, extracción de datos, análisis y mejora de la calidad de todos los procesos de tratamiento de la información.

De especial relevancia es el sistema de información para determinar el valor terapéutico en la práctica clínica real de los medicamentos de alto impacto sanitario y económico en el SNS (VALTERMED). Con ello, se pretende disponer de información óptima para la adecuada toma de decisiones en la gestión macro, meso y micro de la prestación farmacéutica en las distintas etapas del ciclo del medicamento.

Este Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.17. SERVICIO DE CONSULTORÍA Y ASISTENCIA EN MATERIA DE GESTIÓN, ORDENACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS DE ESPECIALISTAS EXTRACOMUNITARIOS (REAL DECRETO 459/2010, DE 16 DE ABRIL)

En el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) de fecha 08/11/2017, se aprobaron las medidas para paliar la distribución desigual y el déficit de profesionales sanitarios. Una de las medidas identificadas es la necesidad de modificación de la regulación que exige que las prácticas tuteladas de los profesionales extranjeros en vías de que su título sea reconocido, sean retribuidas – para que pasen a no serlo – y en la necesidad de adoptar medidas urgentes para agilizar la tramitación de los expedientes de reconocimiento de estos títulos. A tal fin, es imprescindible que sean reforzados los efectivos y los recursos asignados a la Unidad de reconocimiento de estos títulos.

El objetivo de este programa es desarrollar medidas para agilizar la tramitación de los expedientes de reconocimiento de los títulos de especialistas extracomunitarios.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

1.18. EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD LIGADAS A LA PROTECCIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE GESTIONAN LOS PROCESOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES.

El Gobierno ha definido el Plan para la transición hacia una nueva normalidad, aprobado por acuerdo por el Consejo de Ministros de fecha 28 de abril de 2020. El objeto fundamental del Plan es conseguir que se recupere paulatinamente la actividad, minimizando riesgos y evitando que las capacidades del Sistema Nacional de Salud se puedan desbordar.

Ante este escenario de transición gradual, se hace imprescindible iniciar la recuperación de la actividad con las necesarias garantías de seguridad y salud de las empleadas y empleados públicos en el desempeño de sus funciones. Los centros de trabajo deberán implementar los protocolos, medidas y procedimientos de seguridad adecuados a ello. Es en este punto en el que la ONT está desarrollando estos mecanismos y planes de actuación para la reanudación de la actividad que necesitarán evolucionar y dotarse de unas infraestructuras tecnológicas acordes a la nueva normalidad y a las nuevas metodologías operativas con las que desarrollar la actividad profesional de una manera segura para los usuarios posibilitando en todo momento sistemas informatizados lo suficientemente seguro frente a amenazas externas, que permita que los usuarios externos, Comunidades Autónomas, centros hospitalarios, coordinadores de trasplantes y trabajadores de la ONT en formas de trabajo no presencial puedan acceder con las necesarias garantías a los datos contenidos en la ONT.

Esta evolución en infraestructuras pretende mejorar y aumentar los niveles de seguridad tanto externos como internos de los datos de donantes, trasplantes, receptores y listas de espera, de los procesos de donación y trasplante de órganos, tejidos y células, así como del propio personal de la organización acorde a las medidas dictadas por el Ministerio de Sanidad.

Por otra parte, es necesario llevar a cabo pequeños avances evolutivos en algunas de las herramientas que la ONT utiliza para poner a disposición de los profesionales del SNS y las Comunidades Autónomas información sobre el proceso de donación y trasplante, cerciorándose de la fiabilidad y seguridad de los datos y de evitar posibles violaciones de los sistemas.

Esto permitirá disponer de una fiabilidad en la operativa diaria de la ONT y transmitir a la ciudadanía la tranquilidad de una plena operatividad de la Organización ante cualquier situación crítica que pueda acontecer.

También se pretende impulsar tecnológicamente aquellas áreas de la ONT que optimizarán, con dicho avance tecnológico, una optimización en materia de cohesión del Sistema Nacional de Salud en donación y trasplante.

El objetivo en concreto es evolucionar y reforzar las infraestructuras tecnológicas para dotar de una mayor seguridad y estabilidad ante los nuevos modelos de ciberataques y nuevas formas de trabajo no presencial surgidos a raíz de la pandemia del COVID-19 así como de proporcionar un marco seguro de trabajo a todos los profesionales de la Organización Nacional de Trasplantes y los usuarios de hospitales y coordinación de trasplantes de las CCAA.

El programa será gestionado en su totalidad por la ONT y se financiará con **280.000 €**. (113.000 € corresponden al capítulo 2 y 167.000 € corresponden al capítulo 6 de gastos).



2. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA

2.1. PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA EN EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, FARMACÉUTICOS, ENFERMEROS E INSPECTORES DEL SNS

El objetivo de este programa es dar continuidad a las estrategias de formación continuada en el uso racional de los medicamentos.

En este año se prestará especial atención a la formación independiente en materia de uso racional de medicamentos, así como de análisis crítico de la literatura científica publicada y se priorizarán las actuaciones orientadas a la disminución de las resistencias antimicrobianas.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

2.2. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA MÉDICOS INSPECTORES EN LA EVALUACIÓN DE CENTROS DOCENTES, Y CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para garantizar la cohesión del SNS en la evaluación docente y de los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR).

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.3. PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MATERIA DE NORMALIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para garantizar la homogeneidad de todos los sistemas de información sanitaria y la comparabilidad de los indicadores en el conjunto del SNS y en relación con ámbitos supranacionales e internacionales.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.4. PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MATERIA DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DE PACIENTES PARA PROFESIONALES DEL SNS

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para garantizar la cohesión del SNS en materia de calidad asistencial y seguridad de pacientes.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.5. PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS EN FACTORES DETERMINANTES DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES/CRONICAS Y EN EVALUACION DE INTERVENCIONES

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para garantizar la cohesión del SNS en materia de determinación de factores determinantes de enfermedades no



transmisibles/crónicas y en evaluación de intervenciones en promoción de la salud en el ámbito local con enfoque de equidad.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.6. PROGRAMA DE PROFUNDIZACIÓN EN ACTITUDES DE LA POBLACIÓN HACIA LA VACUNACIÓN: DUDAS Y NEGATIVAS

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para profundizar en actitudes de la población hacia la vacunación.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.7. PROGRAMA DE FORMACION PARA LA GESTION DE ALERTAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS EN EL MARCO DEL SISTEMA DE ALERTA PRECOZ Y RESPUESTA

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para garantizar la cohesión del SNS en materia de gestión de alertas y emergencias sanitarias en el marco del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.8. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

El Pacto de Estado contra la Violencia de Género prevé determinadas medidas para luchar contra esta lacra social. Dentro de esas medidas están contempladas algunas que han de ser de aplicación en el ámbito sanitario en orden a identificar posibles situaciones susceptibles de protección, así como el adecuado manejo de las mismas por parte de los profesionales sanitarios.

Desde ese punto de vista, la Dirección General de Ordenación Profesional ha de desarrollar determinadas actividades identificadas en el Plan que desarrolla el mencionado Pacto de Estado. Así, nos referimos a las medidas 215, 218, 270, 300 y 304, en cuanto que prevén el establecimiento de programas formativos ad hoc en materia de violencia de género, que, además, deben ser introducidos con carácter prioritario.

Tales programas formativos se vinculan a la actividad de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, dependiente de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, la cual se incardina en el ámbito competencial de este Centro Directivo.

2.9. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN MATERIA DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para la preparación de los profesionales ante situaciones de peligro, y facilitar la adopción de medidas para desarrollar el trabajo en un entorno laboral seguro, de manera que sirva como política de prevención a efectos de reducir el impacto de tales agresiones.



Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.10. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN MATERIA DE RESISTENCIAS A LOS ANTIBIÓTICOS.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas enmarcadas en el «Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos».

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

3. PROGRAMA DE MEDIDAS DE PARTICIPACIÓN DE PACIENTES: RED DE ESCUELAS DE SALUD PARA LA CIUDADANÍA

El objetivo de este programa es desarrollar actividades en el seno de la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía orientadas a coordinar, potenciar y compartir conocimiento, con el fin de formar e informar a pacientes y a la ciudadanía que participen en las decisiones en todo el SNS y por tanto sirva para la cohesión del sistema. Incluye el desarrollo, mantenimiento, análisis y mejora de la plataforma web de la red de escuelas de salud para la ciudadanía.

El desarrollo será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

4. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA ORIENTADO A PROMOVER EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DIRIGIDO A LA CIUDADANÍA

El objetivo de este proyecto es desarrollar el programa de educación sanitaria orientado a promover el uso racional de medicamentos dirigido a la ciudadanía.

El programa de educación sanitaria se desarrollará a través de la plataforma de formación on-line del ESN /Escuela Nacional de Sanidad), centro de referencia nacional del ISCIII, siendo formación abierta, gratuita, acreditada y adaptada a las necesidades de la ciudadanía.

El desarrollo será gestionado por el ISCIII, y tendrá una asignación de **300.000 euros**.

5. PLAN DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN INDEPENDIENTE A TRAVÉS DEL ISCIII

El objetivo de este plan es el fomento de la investigación clínica pública e independiente y la realización de actividades tendentes a la traslación de la innovación y avances de la investigación, en particular en materia de terapias avanzadas, al Sistema Nacional de Salud.

El Plan de apoyo a la investigación clínica independiente se gestionará a través del Instituto de Salud Carlos III integrado en la Acción Estratégica en Salud 2013-2016 y de acuerdo a la propuesta de líneas específicas prioritarias del Ministerio de Sanidad.

El desarrollo será gestionado por el ISCIII, y tendrá una asignación de **5.700.000 €**.

B. B. CRITERIOS PARA EL REPARTO DE LOS FONDOS

→ Programas gestionados por las CCAA

Las CCAA, antes de la transferencia de fondos deberán enviar a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, un Memorandum con el resumen de las actuaciones a realizar y con el compromiso de destino de los mismos a dichas actividades. Dicho documento deberá ser remitido una vez firmado por la persona titular del Departamento autonómico de salud correspondiente.

El reparto de fondos destinados a Programas gestionados por Comunidades Autónomas se hará con una cantidad fija igual a cada Comunidad Autónoma y la cantidad restante distribuida proporcionalmente entre las Comunidades Autónomas de acuerdo con criterio poblacional según el último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística, teniendo en cuenta el resultado del Programa de 2019 a la vista del certificado del estado de ejecución de las subvenciones recibidas a 31 de diciembre de 2018 y la Memoria de actuaciones correspondiente al Programa 2019.

El cómputo global de los fondos destinados a Programas gestionados por Comunidades Autónomas se estima en una cantidad de **25.600.455,97 euros**, con **1.278.780 euros** adicionales para el Plan Nacional de donación de médula, que están gestionados por las CCAA.

En el caso de los fondos destinados al desarrollo del Plan Nacional de Donación de Médula Ósea, **se fija:**

- **la cantidad de 178.780 euros** para “Información a los Donantes de médula ósea. Esta cantidad **fija** se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el criterio poblacional del último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística.
- **La cantidad de 100.000 euros** para publicidad del Plan nacional de Donación de Médula ósea
- **La cantidad de 1.000.000 euros** destinados al Tipaje (o determinación de los antígenos HLA), del donante para conocer su compatibilidad.

Los datos correspondientes al número total de donantes de médula ósea por Comunidades Autónomas los proporciona la ONT, así como también propone las cantidades que deben adjudicarse como parte de **1.278.780 euros** de los fondos destinados al Plan Nacional de Donación de Médula Ósea.

Los fondos serán transferidos a las Comunidades Autónomas en el ejercicio 2020.

Antes del 31 de marzo de 2021, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad la información sobre el estado de ejecución del programa a 31 de diciembre de 2019, indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobre la actividad desarrollada. Dicha información será tenida en cuenta en la adopción de los acuerdos de distribución de fondos de 2020.



Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las acciones recogidas en los siguientes programas, con expresión completa de los objetivos alcanzados.

→ Programas gestionados por el Ministerio de Sanidad

El cómputo global de los fondos destinados a Programas gestionados por el Ministerio de Sanidad será la cantidad resultante una vez descontado el importe del Plan Nacional de donación de médula ósea, el Plan de Apoyo a la Investigación Independiente y el Plan de Desarrollo de Plataformas de Compra Centralizada.

ANEXO XVII

PROGRAMA DE DESARROLLO DE MEDIDAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Con fecha 29 de diciembre de 2016 el Ministerio de Hacienda y Función Pública y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad suscribieron con Farmaindustria un convenio de colaboración, en cuya cláusula segunda se prevén una serie de medidas compensatorias y correctoras si el gasto correspondiente al segmento de medicamentos originales no genéricos superase los niveles de la tasa de referencia de crecimiento del Producto Interior Bruto de medio plazo de la economía española prevista en el artículo 12.3 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril. En concreto, En la cláusula segunda de dicho convenio se prevén, entre otras cuestiones, las reglas que operan en la determinación de las medidas compensatorias y correctoras para su aplicación en la ejecución del convenio.

El objetivo del convenio se centra en establecer y articular un espacio de colaboración entre las partes del mismo para la consecución de objetivos comunes en materia de sostenibilidad del SNS, mejora de la eficiencia, racionalización del gasto farmacéutico público, acceso de los pacientes a la innovación de forma equitativa en todo el territorio español y promover la ubicación y selección de estas actividades en un marco regulatorio predecible.

La Comisión de Seguimiento en su reunión de 17 de julio de 2019 aprobó distintos Acuerdos y entre ellos aprobó las medidas compensatorias, con transferencia económica, a efectuar en ejecución de este convenio correspondiente al ejercicio 2018 considerando los criterios para su determinación acordados por esta Comisión. En concreto, en hacer efectiva en la primera fase una compensación monetaria equivalente al 75% de 161.582,81 miles de euros, la cual asciende a 121.187,11 miles de euros. Todo ello, porque las compensaciones monetarias se articulan en una doble fase, de manera que con los datos de avance del ejercicio se cuantifican dichas compensaciones y se establece, en una primera fase, una aportación inicial hasta un porcentaje máximo del 75% de la compensación calculada. Posteriormente, en una segunda fase se procede a la cuantificación definitiva de las compensaciones, descontándose las cantidades abonadas con ocasión de la primera fase.

La primera fase correspondiente al ejercicio 2018 fue informada por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos con fecha 28 de noviembre de 2019. Tras acuerdo de la Comisión de Seguimiento y posterior informe en la CDGAE, se han materializado los ingresos por parte de los laboratorios asociados a Farmaindustria en el Tesoro y se ha generado el crédito correspondiente en el Ministerio de Sanidad.

A. PROGRAMAS

En desarrollo de lo previsto en el convenio en relación al objeto del mismo se definen los siguientes **PROGRAMAS** con una dotación estimada de 121.187,11 miles €.

Los Programas serán gestionados por las Comunidades Autónomas y podrán también destinarse a gastos de personal e inversiones.



En todos los proyectos se contemplará el desarrollo de modelos de datos e interfaces de intercambio que faciliten la interoperabilidad y la federación de repositorios de datos con objeto de mejorar la calidad y cohesión del SNS.

1. DESARROLLO, ADAPTACIÓN Y MEJORA DE MEDIDAS DIRIGIDAS A LA GESTIÓN ÓPTIMA E INNOVADORA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN TODOS SUS ÁMBITOS Y EN TODAS SUS ETAPAS.

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de medidas destinadas a la gestión óptima de la prestación farmacéutica.

Entre otras cabe destacar:

- a. Desarrollo de medidas destinadas a programas de uso racional del medicamento, con especial atención a las establecidas en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria del SNS.
- b. Desarrollo de medidas que mejoren la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario.
- c. Desarrollo de medidas que aporten soluciones ante el reto demográfico, englobando desde la perspectiva de la farmacoterapia, el abordaje de cambios demográficos y epidemiológicos en salud vinculados a las sociedades desarrolladas como el envejecimiento y la baja natalidad, la alta prevalencia de enfermedades crónicas, el crecimiento de la soledad no deseada, la existencia de desigualdades en salud debidas a factores sociales y territoriales, incluyendo el abordaje de zonas con necesidades especiales por razón de despoblación, ruralidad o vulnerabilidad social.
- d. Desarrollo de medidas destinadas a programas para reducir la incertidumbre clínica, a la promoción de la lectura crítica de la evidencia científica y para la mejora de la toma de decisiones y la evaluación de resultados en salud de las intervenciones sanitarias.
- e. Desarrollo de estructuras, equipamientos y tecnologías que faciliten la investigación traslacional, la investigación clínica independiente y la producción de medicamentos de fabricación no industrial, en línea con lo establecido en el Plan para el Abordaje de las Terapias Avanzadas del SNS.
- f. Desarrollo de medidas enmarcadas en el Plan para la consolidación de los IPT del SNS.
- g. Desarrollo de medidas enmarcadas en el Plan para la optimización de los analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el SNS.
- h. Desarrollo de medidas enmarcadas en el Plan de garantías de abastecimiento de medicamentos.
- i. Desarrollo de medidas enmarcadas en el Plan nacional de resistencia de antibióticos.
- j. Desarrollo de medidas para la implantación de los nuevos modelos de gestión y de contratos basados en los nuevos modelos de financiación como el pago por resultados y otras fórmulas innovadoras.
- k. Desarrollo de protocolos de actuación y herramientas de soporte a la selección de marcadores e información de resultados de determinaciones y diagnósticos, así como al seguimiento de resultados, directamente o mediante conexión con otros repositorios de datos.
- l. Desarrollo de políticas de incentivación individuales y/o colectivas para mejorar la utilización de los medicamentos en el SNS y la prescripción coste-efectiva, con especial atención a la utilización de medicamentos de alto impacto, medicamentos genéricos y medicamentos biosimilares.
- m. Mejora en los procedimientos de compra centralizada.



2. DESARROLLO, ADAPTACIÓN Y MEJORA DE PROYECTOS E-SALUD DIRIGIDOS A LA GESTIÓN ÓPTIMA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN TODOS SUS ÁMBITOS Y EN TODAS SUS ETAPAS.

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de los sistemas de información relacionados con la gestión de la prestación farmacéutica.

Entre otras cabe destacar:

- a. Aplicativos de prescripción, en todos los ámbitos de la prestación, incorporando herramientas de apoyo a los/las profesionales que promuevan un uso racional del medicamento.
- b. Aplicativos de validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración de medicamentos.
- c. Sistemas de información para la prescripción, preparación, dispensación y administración de la prestación en el entorno socio-sanitario
- d. Aplicativos que permitan la captura de información clínica existente para la evaluación de resultados en salud asociada a la farmacoterapia y la transferencia de datos a sistemas de información de la prestación farmacéutica y viceversa, con especial atención a la integración de los resultados en salud en VALTERMED.
- e. Sistemas de información y prescripción para dar respuesta a las necesidades de los nuevos modelos de financiación de medicamentos en el SNS (modelo de pago por resultados, etc.)
- f. Sistema de gestión de solicitudes y recogida sistemática de resultados de los medicamentos en situaciones especiales.
- g. Sistemas de información para facilitar la coordinación de la atención farmacéutica comunitaria con la atención farmacéutica y sanitaria de las estructuras sanitarias del SNS.
- h. Incorporación de nuevas técnicas de procesamiento y análisis de datos.
- i. Sistemas de información económico – financiera del consumo de medicamentos hospitalarios y productos sanitarios, así como sobre su precio efectivo de adquisición.
- j. Sistemas de información económico – financiera relativa a la adquisición de medicamentos de uso hospitalario y productos sanitarios y en la integración de los sistemas de catálogos de productos, gestión de almacenes y depósitos, pedidos, facturación y registro contable y presupuestario.
- k. Cuantos otros desarrollos y mejoras que impliquen una mejora en el uso racional del medicamento en cualquier ámbito de la prestación.

3. MODERNIZAR LAS ESTRUCTURAS, EQUIPAMIENTOS Y TECNOLOGÍA DE LOS CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS.

Los Programas se desarrollarán en el marco de la modernización de estructuras, equipamientos y tecnología de los centros sanitarios y sociosanitarios con objeto de mejorar la farmacoterapia de los/las pacientes.



Entre otras cabe destacar:

- a. Desarrollo de proyectos de telefarmacia y telemedicina.
- b. Adecuación de la disponibilidad de equipos y recursos materiales a las necesidades actuales y futuras.
- c. Desarrollo de medidas para la mejora de la atención farmacéutica, incluyendo la inversión necesaria para la robotización de los servicios.
- d. Mejora de la capacidad del sistema para la realización de pruebas destinadas al seguimiento terapéutico y la toma de decisiones sobre tratamientos de alta complejidad.

4. DESARROLLO, ADAPTACIÓN Y MEJORA DE MEDIDAS DIRIGIDAS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE USO HUMANO POR PARTE DE LOS ENFERMEROS

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo e implantación de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros en virtud de lo establecido en el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de enfermeros.

5. DESARROLLO DE MEDIDAS QUE MEJOREN EL USO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS.

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de medidas dirigidas a la gestión óptima de la prestación ortoprotésica (incluye endoprótesis y exoprótesis) así como a la referente al resto de productos sanitarios.

Entre otras cabe destacar:

- a. Mejorar la gestión de la utilización de los productos sanitarios dispensados en oficina de farmacia y financiados por el SNS.
- b. Mejorar la gestión de la utilización de las exoprótesis
- c. Mejorar la gestión de la utilización de las endoprótesis

6. DESARROLLO DE MEDIDAS ENMARCADAS EN LOS DISTINTOS PLANES/ESTRATEGIAS QUE SE ACUERDEN EN EL SENO DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE FARMACIA

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de medidas dirigidas a los acuerdos adoptados en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS.

B. CRITERIOS PARA EL REPARTO DE LOS FONDOS

El cómputo global de los fondos destinados a los Programas gestionados por Comunidades Autónomas se estima en una cantidad de 121.187,11 miles €.



Los fondos serán transferidos a las Comunidades Autónomas en el ejercicio 2020 y la fijación de horizontes temporales de ejecución de los proyectos/programas a emprender serán, como máximo, de 3 años.

El reparto de fondos se hará con una cantidad fija igual a cada Comunidad Autónoma, equivalente al 10% del total, y la cantidad restante distribuida proporcionalmente entre las comunidades y ciudades autónomas de acuerdo con criterio poblacional según el último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística. La distribución según estos criterios figura en el Anexo 1.

A efectos de seguimiento conjunto, antes del 30 de junio de 2021, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad la información sobre la planificación de ejecución del programa.

Antes del 31 de marzo de cada año, hasta el último año de ejecución, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia información sobre el nivel de ejecución anual.

Por último, antes del 31 de marzo del año posterior a la ejecución final del fondo, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad la información sobre el estado de ejecución del programa indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobre la actividad desarrollada. Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las acciones recogidas en los siguientes programas, con expresión completa de los objetivos alcanzados.

Toda la información será tenida en cuenta en la adopción de los acuerdos de distribución de fondos de ejercicios posteriores.



Anexo I

SNS	POBLACION	IMPORTE POR POBLACIÓN (90%) (euros)	IMPORTE FIJO (10%) (euros)	IMPORTE TOTAL (euros)
Andalucía	8.414.240	19.515.238,94	637.826,89	20.153.065,84
Aragón	1.319.291	3.059.846,06	637.826,89	3.697.672,95
Asturias	1.022.800	2.372.191,24	637.826,89	3.010.018,13
Baleares	1.149.460	2.665.955,16	637.826,89	3.303.782,06
Canarias	2.153.389	4.994.378,68	637.826,89	5.632.205,58
Cantabria	581.078	1.347.700,57	637.826,89	1.985.527,46
Castilla-La Mancha	2.032.863	4.714.841,41	637.826,89	5.352.668,30
Castilla y León	2.399.548	5.565.297,94	637.826,89	6.203.124,84
Cataluña	7.675.217	17.801.214,81	637.826,89	18.439.041,70
Ceuta (INGESA)	84.777	196.624,22	637.826,89	834.451,12
C. Valenciana	5.003.769	11.605.296,22	637.826,89	12.243.123,11
Extremadura	1.067.710	2.476.351,49	637.826,89	3.114.178,39
Galicia	2.699.499	6.260.977,58	637.826,89	6.898.804,48
Madrid	6.663.394	15.454.482,64	637.826,89	16.092.309,53
Melilla (INGESA)	86.487	200.590,25	637.826,89	838.417,14
Murcia	1.493.898	3.464.813,98	637.826,89	4.102.640,88
Navarra	654.214	1.517.325,69	637.826,89	2.155.152,59
País Vasco	2.207.776	5.120.519,04	637.826,89	5.758.345,94
La Rioja	316.798	734.753,07	637.826,89	1.372.579,96
TOTAL NACIONAL	47.026.208	109.068.399,00	12.118.711,00	121.187.110,00

ANEXO XVIII

CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE FONDOS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA ESTRATEGIAS FRENTE A ENFERMEDADES RARAS, ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS (INCLUIDA ELA) Y VIGILANCIA EN SALUD. AÑO 2020.

1. Los fondos para la estrategia frente a enfermedades raras, que ascienden a 1.000.000,00 €, se distribuirán a todas las CCAA (excepto País Vasco y Navarra) y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, siguiendo un criterio poblacional según las cifras del padrón publicadas en el Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019.

La propuesta de distribución para las estrategias frente a enfermedades raras se muestra en el cuadro adjunto:

Distribución de Crédito para Estrategia frente a enfermedades raras		
COMUNIDAD AUTONOMA	Padrón 2019	Total (€)
Total	44.164.218	1.000.000
Andalucía	8.414.240	190.521,66
Aragón	1.319.291	29.872,40
Asturias, Principado de	1.022.800	23.159,02
Baleares, Illes	1.149.460	26.026,95
Canarias	2.153.389	48.758,68
Cantabria	581.078	13.157,21
Castilla y León	2.399.548	54.332,40
Castilla-La Mancha	2.032.863	46.029,64
Cataluña	7.675.217	173.788,13
Comunitat Valenciana	5.003.769	113.299,16
Extremadura	1.067.710	24.175,91
Galicia	2.699.499	61.124,12
Madrid, Comunidad de	6.663.394	150.877,66
Murcia, Región de	1.493.898	33.825,98
Rioja, La	316.798	7.173,18
Ceuta	84.777	1.919,59
Melilla	86.487	1.958,30

Fuente: Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultante de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019

2. Los fondos para las estrategias frente enfermedades neurodegenerativas (incluido ELA), que ascienden a 818.070,00 €, se distribuirán a todas las CCAA (excepto País Vasco y Navarra) y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla siguiendo un criterio poblacional según las cifras del padrón publicadas en el Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales



las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019.

La propuesta de distribución para las estrategias frente a enfermedades neurodegenerativas (incluido ELA) se muestra en el cuadro adjunto:

Distribución de Crédito para Estrategia frente a enfermedades neurodegenerativas (inc. ELA)		
COMUNIDAD AUTONOMA	Padrón 2019	Total (€)
Total	44.164.218	818.070,00
Andalucía	8.414.240	155.860,05
Aragón	1.319.291	24.437,71
Asturias, Principado de	1.022.800	18.945,70
Baleares, Illes	1.149.460	21.291,87
Canarias	2.153.389	39.888,01
Cantabria	581.078	10.763,52
Castilla y León	2.399.548	44.447,71
Castilla-La Mancha	2.032.863	37.655,47
Cataluña	7.675.217	142.170,86
Comunitat Valenciana	5.003.769	92.686,65
Extremadura	1.067.710	19.777,58
Galicia	2.699.499	50.003,81
Madrid, Comunidad de	6.663.394	123.428,49
Murcia, Región de	1.493.898	27.672,02
Rioja, La	316.798	5.868,17
Ceuta	84.777	1.570,36
Melilla	86.487	1.602,03

Fuente: Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019

3. Los fondos para vigilancia en salud, que ascienden a 1.000.000,00 €, se distribuirán entre todas las CCAA (excepto País Vasco y Navarra) y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, de acuerdo con los criterios siguientes:

599.998€ distribuidos equitativamente entre las 15 Comunidades Autónomas y las dos ciudades autónomas beneficiarias.

400.002€ distribuidos proporcionalmente a la población según las cifras del padrón publicadas en el Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019. La propuesta de distribución para las estrategias frente a enfermedades raras se muestra en el cuadro adjunto:

La propuesta de distribución para vigilancia en salud se muestra en el cuadro adjunto:



Distribución de Crédito para Vigilancia en Salud				
COMUNIDADES AUTONOMAS	Padrón 2019	Parte proporcional (€)	Parte Común (€)	Total (€)
TOTAL	44.164.218	400.002	599.998	1.000.000
Andalucía	8.414.240	76.209,04	35.294	111.503,04
Aragón	1.319.291	11.949,02	35.294	47.243,02
Asturias	1.022.800	9.263,65	35.294	44.557,65
Balears, Illes	1.149.460	10.410,83	35.294	45.704,83
Canarias	2.153.389	19.503,57	35.294	54.797,57
Cantabria	581.078	5.262,91	35.294	40.556,91
Castilla y León	2.399.548	21.733,07	35.294	57.027,07
Castilla-La Mancha	2.032.863	18.411,95	35.294	53.705,95
Cataluña	7.675.217	69.515,60	35.294	104.809,60
Comunitat Valenciana	5.003.769	45.319,89	35.294	80.613,89
Extremadura	1.067.710	9.670,41	35.294	44.964,41
Galicia	2.699.499	24.449,77	35.294	59.743,77
Madrid	6.663.394	60.351,37	35.294	95.645,37
Murcia	1.493.898	13.530,46	35.294	48.824,46
Rioja, La	316.798	2.869,29	35.294	38.163,29
Ceuta	84.777	767,84	35.294	36.061,84
Melilla	86.487	783,33	35.294	36.077,33

Fuente: Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019

ANEXO XIX

ACUERDO POR EL QUE SE PREVÉN MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA FRENTE A COVID-19 PARA LA CELEBRACIÓN DE LAS FIESTAS NAVIDEÑAS

El pasado 16 de julio de 2020, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19, en el que se prevé que las instituciones deben estar preparadas para responder a cualquier escenario de riesgo para la salud pública, asumiendo que es necesaria la coordinación y la toma de decisiones conjuntas en función de los diferentes escenarios. En el marco del Plan, el Ministerio de Sanidad trabaja en coordinación con las comunidades y ciudades autónomas realizando un seguimiento diario de la respuesta a la pandemia y su evolución, y evaluando el riesgo de incrementos en la transmisión.

Como desarrollo de este Plan, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud informó favorablemente el documento de Actuaciones de Respuesta Coordinada para el control de la transmisión de COVID-19, en el que se establece el marco de actuación para una respuesta proporcional a distintos niveles de alerta definidos por un proceso de evaluación del riesgo en base al conjunto de indicadores epidemiológicos y de capacidad asistencial y de salud pública de los territorios evaluados, además de las características económicas, demográficas y de movilidad del territorio y la posibilidad de adoptar medidas de prevención y control.

En este momento de la pandemia, la población acusa el cansancio por la crisis sanitaria y social vivida. Se empieza a observar una desmotivación para el cumplimiento de las medidas de prevención, que la OMS ha denominado fatiga pandémica. Es de especial importancia que las medidas sean claras y se planifiquen y comuniquen con antelación suficiente las medidas relacionadas con celebraciones populares, con una especial carga emocional y cultural para la población, de manera que se puedan adaptar e integrar las indicaciones.

En esta temporada navideña, debemos considerar modificaciones en los planes de celebraciones navideñas para reducir la propagación de COVID-19 y mantener a las amistades, familias y comunidades sanas y seguras. Según los datos disponibles en España sobre los principales ámbitos de transmisión de los brotes, la mayoría de éstos se producen en el ámbito social, sobre todo en encuentros de familiares y amistades no convivientes y, siendo principalmente en lugares cerrados, como puede ser en domicilios o espacios interiores, en muchos casos mal ventilados, donde se habla a un volumen alto y no se hace buen uso de la mascarilla o se realizan actividades donde es incompatible su uso continuo, como comer o beber.

El número de personas que se agrupan en estos encuentros sociales, que en invierno se realizan con más frecuencia en lugares cerrados con los riesgos asociados descritos en el párrafo anterior, junto con la confluencia de miembros de diferentes grupos de convivencia, son factores que incrementan el riesgo de diseminación del SARS-CoV-2. Con el objetivo de reducir este riesgo, es necesario limitar el número de personas que participan en estos encuentros sociales y en concreto el número de personas de diferentes grupos de convivencia. En línea con las restricciones vigentes en las



comunidades y ciudades autónomas y la situación especial que se produce en las festividades navideñas en relación con los encuentros sociales, se considera que limitar los encuentros de familiares y personas allegadas a un máximo de 10 personas, salvo que se trate de convivientes, reduce suficientemente el riesgo de diseminación del virus permitiendo mantener la vida social tradicionalmente asociada a estas fiestas.

En Navidad, tradicionalmente se produce un incremento importante en los desplazamientos entre territorios, tanto nacionales como internacionales, de familiares y amistades que se reúnen en este momento del año. En este sentido, se ha observado que los movimientos masivos de personas entre unidades territoriales con diferente incidencia acumulada, generan un riesgo elevado de difusión geográfica de la transmisión del SARS-CoV-2 ante situaciones epidemiológicas como la presente. Por ello, resulta conveniente limitar estos desplazamientos en periodos de elevada movilidad como el navideño, añadiendo en este caso a las habituales causas excepcionales justificadas, los desplazamientos a comunidades o ciudades autónomas que sean lugar de residencia habitual de familiares o personas allegadas de quienes realizan el desplazamiento, teniendo en cuenta precisamente las fechas en las que nos encontramos. En este sentido, conviene resaltar la magnitud de desplazamientos en todo el territorio nacional que es habitual durante estas fechas navideñas. Así, en el periodo comprendido entre el 23 de diciembre de 2019 y el 6 de enero de 2020, se produjeron 15,9 millones de desplazamientos de largo recorrido por carretera y 2,4 millones de personas viajaron en trenes de media y larga distancia. Además, se registraron 3 millones de pasajeros en vuelos nacionales y otros 6,2 millones en vuelos internacionales.

El establecimiento de restricciones a la entrada y salida de personas del territorio de cada comunidad autónoma se ha asociado en diferentes etapas de la pandemia a una mejora de los indicadores de control de la transmisión en las zonas de aplicación.

La limitación de la movilidad nocturna se considera una medida con un impacto positivo en el control de la transmisión, al evitarse situaciones de contacto de riesgo vinculadas a encuentros sociales. Esta medida ha demostrado su impacto en los meses previos en todas las comunidades y ciudades autónomas tras su aplicación a partir de la entrada en vigor del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. Por otro lado, durante los días festivos navideños se observa tradicionalmente una mayor interacción social en horario nocturno. Si bien es necesario mantener las limitaciones de movilidad nocturna para evitar nuevos incrementos en la transmisión, con el objetivo de conciliar las celebraciones y el cumplimiento de los requisitos de seguridad, se propone reducir parcialmente esas restricciones rebajando el horario de inicio de las mismas a las 01:30h en todo el territorio nacional, siempre que se mantengan el resto de medidas de control de la transmisión. Esta medida si se aplica de manera consensuada reduciría riesgos de polarización de los desplazamientos interterritoriales hacia comunidades o ciudades autónomas más permisivas, con el consiguiente riesgo para éstas.

También es habitual que aumenten los movimientos internos, dentro de las ciudades o áreas territoriales, a eventos navideños con gran cantidad de asistentes donde es difícil mitigar los riesgos asociados. Vienen siendo frecuentes los desplazamientos a establecimientos para realizar las



compras para las celebraciones, con las consecuentes aglomeraciones, así como, los eventos deportivos y culturales.

Dentro de las personas que se desplazan, hay que tener en cuenta que un grupo numeroso en esta categoría se corresponde con quienes cursan estudios universitarios y regresan a sus domicilios familiares durante las vacaciones. Si no se cumplen las medidas de prevención, suponen un potencial riesgo para los miembros de la unidad familiar, más si entre ellos existe población vulnerable.

Es por ello que este año debemos modificar ciertas costumbres para garantizar la seguridad y el control de la pandemia, procurando el menor impacto en el desarrollo de las fiestas y aplicando medidas que han demostrado ser efectivas, tales como la limitación de los desplazamientos, del número de personas no convivientes en agrupaciones, lo cual es especialmente importante en interiores, la recomendación de relacionarse en burbujas sociales estructuradas en grupos de convivencia estable (GCE), siempre que sea posible al aire libre o en espacios bien ventilados y reforzar el resto de medidas de prevención.

En este escenario, se debe seguir observando el cumplimiento de las medidas básicas de higiene y prevención y el resto de medidas incluidas en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, así como en la normativa autonómica de desarrollo, para garantizar el control de la transmisión, y asegurar la respuesta compartida por parte del conjunto de las autoridades sanitarias.

Es importante establecer un marco común y claro de medidas que favorezca que las recomendaciones se hagan de una forma clara, consensuada y coordinada, además de lo más anticipada posible, para que haya tiempo suficiente para que la población se organice. Esta planificación también es relevante para el sector comercial y su preparación para adaptar su negocio a las medidas recomendadas en estas fechas. Debemos planificar unas Navidades diferentes sin quitarles el alma y el espíritu que las hace una de las fiestas más apreciadas por la ciudadanía.

Estas recomendaciones requieren una labor de coordinación entre todos los niveles, nacional, autonómico y local, trabajando conjuntamente con los municipios y las organizaciones de comerciantes, agentes sociales, culturales y deportivos.

Las medidas se plantean en un escenario en el que la situación epidemiológica siga la tendencia descendente actual pero con situaciones diferentes en las distintas comunidades y ciudades autónomas y, por tanto, podrán estar sujetas a restricciones que pueden variar dependiendo de la evolución epidemiológica tanto a nivel nacional como en algunos de los territorios, de acuerdo a lo establecido en el documento de Actuaciones de Respuesta Coordinada para el control de la transmisión de COVID-19 y la normativa desarrollada en cada comunidad y ciudad autónoma.

Cabe señalar que el artículo 13 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARSCoV-2 prevé que, con la finalidad de garantizar la necesaria coordinación en la aplicación de las medidas



contempladas en dicho real decreto, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, bajo la presidencia del Ministro de Sanidad, podrá adoptar a estos efectos cuantos acuerdos procedan.

Asimismo, con arreglo a lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, este Acuerdo viene referido a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 2 de diciembre de 2020, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre y en el artículo 13 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre respecto de los tres primeros apartados:

ACUERDA

Primero.- Limitación de la entrada y salida en las comunidades y ciudades autónomas

Entre el 23 de diciembre de 2020 y el 6 de enero de 2021, las comunidades autónomas y ciudades autónomas harán efectiva la limitación de la entrada y salida en las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de autonomía prevista en el artículo 6.1 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, salvo para aquellos desplazamientos, adecuadamente justificados que se produzcan por alguno de los motivos previstos en dicho artículo, así como para los desplazamientos a territorios que sean lugar de residencia habitual de familiares o personas allegadas de quienes se desplacen, cumpliéndose en todo momento los límites a la permanencia de grupos de personas que sean aplicables.

A la vista de la evolución de la situación epidemiológica, las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de autonomía podrán establecer que esta última salvedad, relativa a los desplazamientos a territorios que sean lugar de residencia habitual de familiares o personas allegadas de quienes se desplacen, únicamente resulte aplicable en días determinados.

En todo caso, se recomienda evitar o reducir la movilidad geográfica lo máximo posible.

Lo previsto en este apartado no será de aplicación en las comunidades autónomas de Canarias y de Illes Balears. Estos territorios, debido a las características propias de la insularidad, dispondrán, a estos efectos, la aplicación de las medidas que resulten oportunas.

Segundo.- Encuentros con familiares y personas allegadas

En relación con la limitación de la permanencia de grupos de personas prevista en el artículo 7 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, las comunidades autónomas y ciudades autónomas preverán que los encuentros con familiares o con personas allegadas para celebrar las comidas y cenas navideñas de los días 24, 25 y 31 de diciembre de 2020 y del 1 de enero de 2021 queden



condicionados a que no se supere el número máximo de diez personas, salvo que se trate de convivientes.

En todo caso, se recomienda que estos encuentros se compongan de miembros que pertenezcan al mismo grupo de convivencia y que no se superen los dos grupos de convivencia.

En los encuentros previstos en este apartado, se deberá tener especial precaución y cuidado con las personas en situación de vulnerabilidad para COVID-19.

Tercero.- Limitación de la movilidad nocturna

En las noches del 24 al 25 de diciembre de 2020 y del 31 de diciembre al 1 de enero de 2021, las comunidades y ciudades autónomas harán efectiva la limitación de la libertad de circulación de las personas en horario nocturno prevista en el artículo 5 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, pudiendo determinar que la hora de comienzo de esta limitación comience, a más tardar a las 1:30 horas, únicamente para permitir el regreso al domicilio. En ningún caso se utilizará esta ampliación horaria para desplazarse a diferentes encuentros sociales.

Cuarto.- Eventos navideños

Entre el 23 de diciembre de 2020 y el 6 de enero de 2021, las comunidades autónomas y ciudades autónomas, en ejercicio de sus propias competencias, no permitirán la celebración de eventos presenciales con elevada afluencia de público o que provoquen aglomeraciones, salvo que se garantice el cumplimiento de lo establecido en el documento de “Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España”.

Asimismo, se recomiendan celebraciones que puedan garantizar el cumplimiento de las normas de higiene y prevención, tales como cabalgatas estáticas en lugares donde se pueda controlar el acceso, campanadas virtuales o retransmisiones de eventos navideños por televisión u otras opciones telemáticas.

De forma general, la autoridad sanitaria deberá evaluar los riesgos de transmisión de SARSCoV-2 asociados a eventos o actividades multitudinarias, previendo la adopción de medidas oportunas para reducir el riesgo.

Quinto. - Recomendaciones para el periodo entre el 23 de diciembre de 2020 y el 6 de enero de 2021

1. Reforzar los mensajes sobre todas las medidas de prevención, incluidas las relacionadas con la ventilación y las actividades al aire libre

Se recomienda a las comunidades y ciudades autónomas reforzar los mensajes en relación con las medidas de prevención (6M): Mascarilla (uso de mascarilla todo el tiempo posible), Manos (lavado de manos frecuente), Metros (mantenimiento de la distancia física), Maximizar ventilación y



actividades al aire libre (mantener las ventanas y puertas abiertas en la medida en que sea seguro y factible según la temperatura), Minimizar número de contactos (preferiblemente siempre la misma burbuja) y “Me quedo en casa si síntomas, diagnóstico o contacto”.

2. Regreso a casa de quienes cursan estudios fuera del lugar de residencia familiar

Se recomienda a quienes cursen estudios fuera del lugar de residencia familiar y regresen a casa para las vacaciones, que limiten las interacciones sociales y extremen las medidas de prevención los 10 días antes. Además, deberán atenerse a las medidas preventivas aplicables en cada comunidad y ciudad autónoma.

Una vez en casa, se recomienda limitar los contactos, respetar su burbuja de convivencia e interactuar sobre todo al aire libre, en lugar de en el interior.

3. Restauración y hostelería

Los establecimientos hosteleros seguirán las normas de aforo y prevención, así como el resto de restricciones vigentes en cada comunidad y ciudad autónoma. En particular, en el interior, se garantizará una adecuada ventilación natural o mecánica.

Se recomienda reforzar el mensaje de hacer uso de la mascarilla cuando no se esté comiendo ni bebiendo y se evitará comer del mismo plato.

4. Vía pública

En coordinación con las entidades locales, se recomienda favorecer un mayor uso del espacio público al aire libre de manera que haya más espacios disponibles para la ciudadanía, así como para la realización de eventos culturales, actividades para la infancia o para la hostelería y el comercio, respetando siempre lo dispuesto anteriormente en relación con la celebración de eventos navideños con elevada afluencia de público.

La ingesta de alimentos o bebidas en la calle no será posible, salvo en los espacios acondicionados para ello.

5. Eventos deportivos

No se podrán celebrar grandes eventos deportivos y, en su lugar, se recomiendan modalidades de participación virtual.

6. Eventos culturales

Las actividades navideñas tradicionales que se celebren en cines, teatros, auditorios, carpas de circo o similar se realizarán respetando el aforo previsto en la comunidad o ciudad autónoma correspondiente.



Cuando sea posible, se recomienda que las actividades se realicen al aire libre y siempre garantizando que se cumple la distancia de seguridad para minimizar el contacto entre los asistentes.

7. Celebraciones religiosas

Las ceremonias religiosas en espacios cerrados seguirán las normas de aforo establecidas en cada comunidad y ciudad autónoma.

Se recomienda evitar los cantos, recomendando en su lugar el uso de música pregrabada. Asimismo, se deberán evitar las muestras físicas de devoción o tradición (besos, contacto sobre imágenes, esculturas, etc.) sustituyéndolas por otras que no conlleven riesgo sanitario.

La celebración de eventos religiosos, tales como la misa del gallo, no será óbice para el cumplimiento de la regulación relativa a la limitación de la libertad de circulación de las personas en horario nocturno. Se recomienda ofrecer como alternativa servicios telemáticos o por televisión.

8. Comercio

Se recomienda a la población que organice sus compras con antelación para evitar las grandes aglomeraciones en calles y centros comerciales.

Los comercios y calles comerciales respetarán el aforo previsto en la comunidad o ciudad autónoma correspondiente, asegurándose el mantenimiento de la distancia interpersonal de seguridad.

9. Medidas en relación a los centros residenciales socio-sanitarios

Se recomienda que, en aquellos casos en que las personas residentes de centros residenciales socio-sanitarios realicen una salida más prolongada con motivo de las celebraciones navideñas, ésta quede restringida a un único domicilio y manteniendo una burbuja de convivencia estable. A su reingreso se aconseja la realización de una prueba de diagnóstico de infección activa y los días posteriores al reingreso se extremarán las medidas de vigilancia y prevención.

10. Medidas en relación al transporte

Durante el periodo navideño, se recomienda a las administraciones competentes aumentar la frecuencia de horarios del transporte público para evitar las aglomeraciones, garantizando una adecuada ventilación y el cumplimiento de las medidas de prevención, que incluyen no comer y hacer un uso correcto de la mascarilla.

Siempre que sea posible, se recomienda realizar los desplazamientos en transporte al aire libre.



11. Coordinación

Se recomienda establecer una coordinación efectiva con la Federación Española de Municipios y Provincias y las Federaciones Regionales de Municipios para informar de la situación epidemiológica, así como para acordar medidas que se implementen en los municipios y que posibiliten el disfrute de unas celebraciones navideñas diferentes por parte de la ciudadanía, con actividades al aire libre, y cumpliendo las medidas de prevención (6 M) y de limitación de agrupaciones de personas que sean aplicables.

Sexto. - La comunidad autónoma de Madrid ha formulado voto particular negativo a los apartados primero y segundo de este Acuerdo. La comunidad autónoma de Cataluña ha formulado voto particular de abstención a este Acuerdo.

Conforme al segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, dado que este Acuerdo viene referido a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, este Acuerdo será de obligado cumplimiento para todas las comunidades y ciudades autónomas integrantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con independencia del sentido de su voto.



ANEXO XX

CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE FONDOS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SNS EN EL AÑO 2020

AÑO 2020: Distribución de Credito para Sistemas de Información Sanitaria del SNS				
COMUNIDADES AUTONOMAS	PADRON DIC 2019	LINEAL	POBLACIÓN	TOTAL
Total	44.164.218	1.003.000,00 €	1.003.000,00 €	2.006.000,00 €
Andalucía	8.414.240	62.687,50 €	191.093,22 €	253.780,72 €
Aragón	1.319.291	62.687,50 €	29.962,01 €	92.649,51 €
Asturias, Principado de	1.022.800	62.687,50 €	23.228,50 €	85.916,00 €
Baleares, Iles	1.149.460	62.687,50 €	26.105,03 €	88.792,53 €
Canarias	2.153.389	62.687,50 €	48.904,96 €	111.592,46 €
Cantabria	581.078	62.687,50 €	13.196,68 €	75.884,18 €
Castilla y León	2.399.548	62.687,50 €	54.495,40 €	117.182,90 €
Castilla-La Mancha	2.032.863	62.687,50 €	46.167,73 €	108.855,23 €
Cataluña	7.675.217	62.687,50 €	174.309,50 €	236.997,00 €
Comunidad Valenciana	5.003.769	62.687,50 €	113.639,06 €	176.326,56 €
Extremadura	1.067.710	62.687,50 €	24.248,43 €	86.935,93 €
Galicia	2.699.499	62.687,50 €	61.307,50 €	123.995,00 €
Madrid, Comunidad de	6.663.394	62.687,50 €	151.330,30 €	214.017,80 €
Murcia, Región de	1.493.898	62.687,50 €	33.927,46 €	96.614,96 €
Rioja, La	316.798	62.687,50 €	7.194,70 €	69.882,20 €
Ceuta	84.777	31.343,75 €	1.925,34 €	33.269,09 €
Melilla	86.487	31.343,75 €	1.964,18 €	33.307,93 €

Fuente: Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019.



ANEXO XXI

PROGRAMA DE DESARROLLO DE POLÍTICAS DE COHESIÓN SANITARIA, DE FORMACIÓN PARA FACULTATIVOS/AS MÉDICOS/AS, ODONTÓLOGOS/AS, FARMACÉUTICOS/AS Y ENFERMEROS/AS Y DE EDUCACIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN PARA FAVORECER EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

Marco de aplicación de la disposición adicional sexta del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Año 2020

PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE FONDOS 2020 PARA PROGRAMAS GESTIONADOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

- Programa de mejora de la atención farmacéutica:
 - Programa de mejora de la calidad en la atención de pacientes crónicos.
 - Programa de mejora de la calidad en la atención de pacientes polimedicados.
 - Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como otras líneas estratégicas prioritarias de gestión de la asistencia sanitaria asociadas a la atención farmacéutica.

- Programas de desarrollo del proceso de la receta electrónica, sistemas de información para apoyo a la prescripción y adaptación al nomenclátor maestro.

- Programas de desarrollo de las medidas previstas del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

- Programa de desarrollo de las terapias avanzadas para garantizar el acceso a los tratamientos y la sostenibilidad del sistema nacional de salud.

- Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos.

- Programa de desarrollo de las nuevas medidas de farmacovigilancia. apoyo al desarrollo de la ley de garantías y del plan de actuaciones en el sistema español de farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.

- Ampliación y mejora de los Sistemas de información Sanitaria: SIS en el ámbito de las CCAA.

- Programa de formación continuada en materia de resistencias a los antibióticos.

- Programas de formación continuada en el uso racional del medicamento para médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeros e inspectores del SNS.



		IMPORTE EUROS		
CCAA	POBLACION (*)	PONDEACIÓN POR HABITANTES	FIJO	TOTAL
Andalucía	8.414.240	4.461.616,62	35.000,00	4.496.616,62
Aragón	1.319.291	699.548,70	35.000,00	734.548,70
Asturias	1.022.800	542.335,55	35.000,00	577.335,55
Baleares	1.149.460	609.496,50	35.000,00	644.496,50
Canarias	2.153.389	1.141.825,78	35.000,00	1.176.825,78
Cantabria	581.078	308.114,25	35.000,00	343.114,25
Castilla-La Mancha	2.032.863	1.077.917,36	35.000,00	1.112.917,36
Castilla y León	2.399.548	1.272.350,59	35.000,00	1.307.350,59
Cataluña	7.675.217	4.069.752,67	35.000,00	4.104.752,67
Ceuta	84.777	44.952,66	35.000,00	79.952,66
C. Valenciana	5.003.769	2.653.228,21	35.000,00	2.688.228,21
Extremadura	1.067.710	566.148,89	35.000,00	601.148,89
Galicia	2.699.499	1.431.398,39	35.000,00	1.466.398,39
Madrid	6.663.394	3.533.237,63	35.000,00	3.568.237,63
Melilla	86.487	45.859,38	35.000,00	80.859,38
Murcia	1.493.898	792.133,35	35.000,00	827.133,35
Navarra	654.214	346.894,32	35.000,00	381.894,32
País Vasco	2.207.776	1.170.664,27	35.000,00	1.205.664,27
La Rioja	316.798	167.980,85	35.000,00	202.980,85
TOTAL NACIONAL	47.026.208	24.935.455,97	665.000,00	25.600.455,97

**Cifras de población referidas a 1 de enero de 2019 (Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019)*



PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE FONDOS 2020 PARA EL PLAN NACIONAL DE DONACIÓN DE MÉDULA ÓSEA COMO ESTRATEGÍA DE SALUD DEL PLAN DE CALIDAD DEL SNS GESTIONADO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

IMPORTES EN EUROS						
CCAA	Población INE 2019	Donantes	Información	Tipaje HLA	Promoción	Total Euros
Andalucía	8.414.240	3.581	32.020,03	179.032,25	17.893	228.944,94
Aragón	1.319.291	561	5.029,02	28.062,90	2.805	35.897,36
Asturias	1.022.800	440	3.976,89	22.017,24	2.175	28.169,09
Islas Baleares	1.149.460	483	4.288,38	24.172,97	2.444	30.905,64
Canarias	2.153.389	911	8.101,20	45.559,35	4.579	58.239,67
Cantabria	581.078	248	2.230,21	12.424,17	1.236	15.890,04
Castilla y León	2.399.548	1.032	9.321,13	51.586,18	5.103	66.009,89
Castilla-La Mancha	2.032.863	868	7.805,74	43.399,10	4.323	55.527,67
Cataluña	7.675.217	3.255	29.034,21	162.737,28	16.321	208.092,64
Com Valenciana	5.003.769	2.126	18.988,05	106.285,78	10.640	135.914,21
Extremadura	1.067.710	459	4.150,06	22.972,65	2.270	29.393,17
Galicia	2.699.499	1.157	10.407,28	57.851,10	5.740	73.998,79
Madrid	6.663.394	2.817	25.005,36	140.854,08	14.170	180.028,98
Murcia	1.493.898	633	5.649,69	31.658,75	3.177	40.485,18
Navarra	654.214	277	2.471,49	13.865,83	1.391	17.728,49
País Vasco	2.207.776	942	8.431,40	47.088,10	4.695	60.214,28
Rioja, La	316.798	135	1.212,21	6.759,41	674	8.645,28
CA de Ceuta	84.777	36	326,32	1.823,14	180	2.329,74
CA de Melilla	86.487	37	331,33	1.849,70	184	2.364,94
TOTAL	47.026.208	20.000	178.780	1.000.000	100.000	1.278.780

**Cifras de población referidas al 1 de enero de 2019 (Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019)*



ANEXO XXII

ACUERDO SOBRE ACCIONES A DESARROLLAR EN RELACIÓN CON LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN RÁPIDA DE ANTICUERPOS POR INMUNOCROMATOGRAFIA PARA EL AUTODIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Con fecha 15 de diciembre de 2020, la Ponencia de alertas, Planes de Preparación y Respuesta dependiente de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud adoptó por unanimidad un posicionamiento común ante la comercialización de pruebas de detección rápida de anticuerpos por inmunocromatografía para el autodiagnóstico de infección por SARS-CoV-2 (COVID19).

Entre otras conclusiones, la citada Ponencia estableció que las pruebas de detección de anticuerpos no están indicadas para diagnosticar infección activa por SARS-CoV2, y por tanto no deben ser utilizadas con este fin ni en personas con síntomas ni en individuos asintomáticos.

En particular, la Ponencia señala que las pruebas rápidas de detección de anticuerpos diseñadas para autodiagnóstico tienen, además, un rendimiento menor que las técnicas que se realizan en los laboratorios con sangre obtenida por venopunción.

En consecuencia, la Ponencia acordó que en la Estrategia de Detección Precoz, Vigilancia y Control de COVID-19 no se incluyeran las pruebas diagnósticas de SARSCoV-2 basadas en la detección rápida de anticuerpos como prueba válida para el diagnóstico de esta infección, indicando que las autoridades de Salud Pública no valorarán ni tendrán en cuenta ningún resultado obtenido mediante estas pruebas.

En atención al posicionamiento claro e inequívoco de la Ponencia, y ante los riesgos de salud pública que puede generar una interpretación incorrecta de los resultados de esta prueba diagnóstica, resulta necesario adoptar medidas dirigidas a evitar su utilización indebida y a concienciar de sus limitaciones, dada la actual situación epidemiológica y el peligro de propagación de la infección que se generaría en ausencia de medidas adecuadas como las contenidas en el presente Acuerdo.

En este sentido, el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece que la prescripción de medicamentos y productos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud se efectúe “en la forma más apropiada para el beneficio de los pacientes”.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 16 de diciembre de 2020, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre:



ACUERDA

1. Tomar conocimiento del posicionamiento común ante la comercialización de pruebas de detección rápida de anticuerpos por inmunocromatografía para el autodiagnóstico de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) realizado por la Ponencia de alertas, Planes de Preparación y Respuesta.
2. Recomendar a los/las profesionales de los servicios de salud de las comunidades y ciudades autónomas (médicos y odontólogos) la no prescripción de las pruebas de detección rápida a las que se refiere el apartado anterior, al no estar recogidas en la Estrategia de Detección Precoz, Vigilancia y Control de COVID-19.
3. Llevar a cabo cuantas acciones de comunicación y concienciación resulten precisas para informar claramente a la ciudadanía de la naturaleza y las limitaciones de las citadas pruebas y de los riesgos para la salud de una incorrecta interpretación de sus resultados.

ANEXO XXIII

ACUERDO POR EL QUE SE MODULA EL ACUERDO DE 2 DE DICIEMBRE DE 2020 POR EL QUE SE PREVÉN MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA FRENTE A COVID-19 PARA LA CELEBRACIÓN DE LAS FIESTAS NAVIDEÑAS

Con fecha 2 de diciembre de 2020, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó medidas de salud pública frente a COVID-19 para la celebración de las fiestas navideñas. Dicho acuerdo viene referido a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, con arreglo a lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Los tres primeros apartados del mencionado Acuerdo traen causa del artículo 13 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, además de en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015.

Cabe señalar que el artículo 13 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARSCoV-2 prevé que, con la finalidad de garantizar la necesaria coordinación en la aplicación de las medidas contempladas en dicho real decreto, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, bajo la presidencia del Ministro de Sanidad, podrá adoptar a estos efectos cuantos acuerdos procedan.

Las medidas planteadas a fecha de 2 de diciembre se realizaron en base a una situación epidemiológica con una tendencia descendente, pero con situaciones diferentes en las distintas comunidades y ciudades autónomas. Sin embargo, en los últimos días se ha observado una ralentización generalizada en el descenso de las tasas de incidencia que se venía observando, e incluso, en algunos territorios, una ligera tendencia ascendente.

En este sentido, el Acuerdo de 2 diciembre ya preveía que las medidas adoptadas entonces podían variar dependiendo de la evolución epidemiológica, tanto a nivel nacional como en algunos de los territorios, de acuerdo a lo establecido en el documento de Actuaciones de Respuesta Coordinada para el control de la transmisión de COVID-19 y la normativa desarrollada en cada comunidad y ciudad autónoma.

Por ello, de cara al aumento de riesgo de transmisión que pueden suponer las fiestas navideñas, y en atención también a la situación observada en otros países, con un aumento de la pendiente de la curva pandémica tras la celebración de diversas festividades, es importante hacer una evaluación del riesgo continua de la situación que permita, en caso necesario, escalar las medidas de control de forma rápida ante cambios en la tendencia. Esta evaluación debe llevarse a cabo en el ámbito de cada comunidad autónoma y territorio ya que la situación puede diferir entre ellos, de forma que las medidas se adapten a la situación epidemiológica de cada uno de ellos.



En atención a lo anterior, en su sesión de 16 de diciembre de 2020, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo 1 del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre y en el artículo 13 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre:

ACUERDA

A la vista de la evolución epidemiológica, determinar que las comunidades y ciudades autónomas puedan aplicar medidas y criterios más restrictivos en relación con los cuatro primeros apartados del Acuerdo de 2 de diciembre de 2020 por el que se prevén medidas de salud pública frente a COVID-19 para la celebración de las fiestas navideñas, siempre de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2 y resto del ordenamiento jurídico.
