



COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA  
ACTA DE LA REUNIÓN DE 30 de ENERO DE 2020  
SESIÓN ORDINARIA  
SALA EUROPA  
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social  
Paseo del Prado, 18-20. Madrid

**Comunidades Autónomas**

**Presencial**

Andalucía: José María de Torres Medina (*Director General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica*).

Cataluña: Joan Guix i Oliver (*Secretari de Salut Pública*).

Castilla-La Mancha: Juan J. Camacho Parejo (*Director General de Salud Pública*).

Extremadura: M<sup>a</sup> Pilar Guijarro Gonzalo (*Directora General de Salud Pública*).

Castilla y León: M. Carmen Pacheco Martínez (*Directora General de Salud Pública*).

La Rioja: Enrique Ramalle Gomara (*Director General de Salud Pública, Consumo y Cuidados*).

Islas Canarias: Concepción Gil Páez (*Directora General de Salud Pública*).

Aragón: Francisco Javier Faló Forniés (*Director General de Salud Pública*).

Islas Baleares: M<sup>a</sup> Antònia Font Oliver (*Directora General de Salud Pública y Participación*).

Galicia: Andrés Paz-Ares Rodríguez (*Director General de Salud Pública*).

Madrid: Carmen Yolanda Fuentes Rodríguez (*Directora General de Salud Pública*).

Cantabria: Paloma Navas Gutiérrez (*Directora General de Salud Pública*).

Navarra: María Ángeles Nuin Villanueva (*Directora Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra*).

Melilla: Celia Bueno Hernández (*Directora General de Salud y Consumo en funciones*).

Comunidad Valenciana: Ofelia Gimeno Forner (*Directora General de Salud Pública y Adicciones*).

Región de Murcia: José Carlos Vicente López (*Director General de Salud Pública y Adicciones*).

**Videoconferencia**

Ceuta: Rebeca Benarroch Benarroch (*Directora General de Sanidad y Consumo*).

Principado de Asturias: Rafael Cofiño Fernández (*Director General de Salud Pública*).

País Vasco: Txema Arteagoitia (*Jefe de Vigilancia y Vacunas*).

**Instituto de Salud Carlos III**

**Presencial**

Manuel Cuenca Estrella (*Subdirector General del Instituto Carlos III*)

**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria**

**Presencial:**

Sara Pupato Ferrari (*Subdirectora General de Atención Sanitaria*)

Alfonso Jiménez Palacios (*Director del INGESA*)



## **Ministerio de Sanidad**

### **Presencial:**

Fernando Simón Soria (Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias)

María José Sierra Moros (Jefa de Área del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias)

Fernando Carreras Vaquer (Subdirector General de Sanidad Exterior)

Almudena de Arriba Hervás (Jefa de Área de Gestión y Coordinación de la Subdirección General de Sanidad Exterior)

Juan Manuel Troncoso Ramón (Jefe de Sección de Gestión y Coordinación de la Subdirección General de Sanidad Exterior)

Elena Moro Domingo (Consejera Técnica de la Subdirección de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública)

Aurora Limia Sánchez (Jefa de Área de Vacunas de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública)

María Vicenta Labrador Cañadas (Jefa e Área de la Unidad de Programas de Cribado de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública)

Enrique del Olmo Carballo (Jefe de Servicio del Área de la Mujer y la Infancia de la Subdirección de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública)

Antonio López Navas (Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios)

M<sup>ra</sup> Aranzazu López Franco (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación-Secretaria de la Comisión)

Jorge del Diego Salas (Unidad de Apoyo a la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación)

Pilar Aparicio Azcárraga (Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación – Coordinadora de la Comisión)

Siendo las 10:35 horas del día 30 de enero, PILAR APARICIO AZCÁRRAGA, Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación, como COORDINADORA de la Comisión de Salud Pública (en adelante CSP), abre la sesión agradeciendo la presencia del Ministerio de Sanidad, D. Salvador Illa, y dando la bienvenida a todos los miembros de la CSP y pasa a confirmar la presencia de los participantes por videoconferencia.

### **1. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA POR EL NUEVO CORONAVIRUS (WUHAN, CHINA), ACTUACIONES Y PROTOCOLOS DE SALUD PÚBLICA A NIVEL NACIONAL**

LA COORDINADORA—justifica la introducción de este punto extraordinario por la necesidad de actualizar la información sobre la epidemia del nuevo coronavirus y también aprovechar para que el Ministro de Sanidad salude a todos los Directores Generales de Salud Pública. Informa que en paralelo se ha convocado una reunión con todas las sociedades científicas para, junto con los profesionales sanitarios, avanzar en todos los protocolos.

MINISTRO DE SANIDAD —Saluda y agradece el trabajo que se está haciendo desde todas las CCAA. En su primera semana como ministro se reunió con los consejeros y



les manifestó su compromiso de mantener esta línea de lealtad institucional. Informa de que las decisiones que se están tomando están únicamente guiadas por criterios técnicos. Añade que el Director del CCAES es quién está coordinando toda la información disponible con la OMS y los organismos europeos y el trabajo de coordinación con las distintas CCAA y se está trabajando en la línea correcta, generando confianza en la ciudadanía y haciendo un seguimiento diario, no descartando cualquier tipo de evolución. Concluye que el criterio de transparencia informativa, es fundamental. Se despide.

**FERNANDO SIMÓN** –Presenta la situación actual del Coronavirus y explica las actuaciones que se están y van a llevarse a cabo. La primera notificación de caso se produce el 31 de diciembre de 2019, 27 casos con 7 casos graves (25% casos graves). La tasa de casos graves está actualmente en torno al 17%. Se plantea que la transmisión se produce en un mercado de animales. No se sabe el origen. Los primeros casos tenían una exposición común, luego se ha detectado que hay transmisión de persona a persona con un número de reproducción básico entorno al 1,4 -2,5% (similar al de la gripe). La transmisión se produce por gotas (en principio) a partir de personas sintomáticas por lo que sería más sencillo controlar la transmisión a través de la cuarentena. En algunos casos, se ha contabilizado transmisión asintomática, que pueden dar lugar a superdiseminadores, por un caso en Alemania y algunos eventos aislados en China. Se está valorando el impacto en la evolución de la epidemia. A día de hoy hay 713 casos contabilizados, de ellos solo 102 fuera de China con huéspedes distribuidos en 17 países. La zona de transmisión contagiada es solo la provincia de Hubei. La letalidad es del 2,2% con los datos actuales.

Es una patología que está generando muchos casos en un corto periodo de tiempo, con lo cual puede provocar un número alto de defunciones, pero la letalidad es inferior a la de otros coronavirus e incluso a la de la gripe estacional. En la UE, hay 5 casos en Francia, 1 caso en Finlandia (todos habían estado en Wuhan) y 4 en Alemania que son esos 4 casos sucedidos a partir de un contagio familiar. La evolución de la epidemia, en los últimos 3 días se ha estabilizado el número de casos notificados. Ha habido un descenso de casos nuevos desde hace 4 días. No conocemos el impacto de los casos que están apareciendo fuera de China.

**MANUEL CUENCA** explica que tanto el Centro Nacional de Microbiología (CNM) y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE), cuando se notificó esta alerta internacional, establecieron los sistemas para descartar o confirmar casos sospechosos y para contabilizar y notificar casos. Desde ayer, que los laboratorios de los centros de referencia de la OMS consensuaron una técnica diagnóstica basada en la PCR en tiempo real, el CNM ha puesto a disposición de todo el SNS esta técnica diagnóstica cuyos resultados pueden obtenerse en unas pocas horas. Hasta el día de hoy se han descartado 8 casos, hay un noveno hoy en estudio.

Comunica que si se recibe la muestra a lo largo del día en más o menos 4 o 5 horas se puede informar de los resultados, y que, en todo caso, el tiempo de respuesta es inferior a 24 horas desde la recepción de las muestras. Existe en el sistema on-line de solicitud de análisis del CNM (Openlab) un número de brote específico donde se facilitan instrucciones para la remisión de muestras. El análisis de muestras no se realiza hasta que los servicios de salud pública de las CCAA no confirman que se trata de un caso sospechoso que cumple con los criterios epidemiológicos. La recomendación del ISCIII es que todas las muestras sospechosas sean remitidas al



CNN que es el único centro en el país que tiene los sistemas diagnósticos de referencia acreditados. Si aumentara el número de casos se podrían acreditar otros centros, y el ISCIII está dispuesto a realizar el asesoramiento y la formación necesaria. Si aumentara aún más el número de casos, se tendría que realizar un sistema de vigilancia y control similar al de la gripe, en el que sólo se analizan un número representativo de casos. Nuestro sistema no se pone en marcha hasta que la CCAA no lo da de alta en el sistema.

ISLAS BALEARES pregunta cuál debería ser la mascarilla a utilizar y sobre el criterio para hacerlo.

La COORDINADORA responde que habrá un procedimiento en la Web del Ministerio desde las 12.00 horas de ese mismo día donde se da respuesta a dicha pregunta, en función de lo que la Ponencia de Alertas ha establecido.

CANTABRIA pregunta sobre si se debe tomar muestra serológica y cómo se ha de mandar.

MANUEL CUENCA responde que la muestra más adecuada es el exudado nasofaríngeo en infecciones del tracto respiratorio superior u otras secreciones si existe infección pulmonar. Sobre las muestras serológicas, informa que sólo se analizarán en los casos positivos, por lo que no es necesario remitirlas hasta que no se confirme el caso. Aclara que no es necesaria la centrifugación de la misma y que revisarán el protocolo para clarificar todas las recomendaciones sobre envío de muestras.

ANTONIO LÓPEZ: expone que se están realizando las gestiones junto con la EMEA para determinar cuáles son los mejores tratamientos para esta infección. Explica que los tratamientos que se están valorando en este momento son Kaletra, Kaletra más interferón subcutáneo y, por último, Remdesivir.

ARAGÓN expone que sería conveniente mejorar la relación, a nivel de comunicación, entre el Ministerio y las CCAA para dar mensajes de tranquilidad a la prensa.

COORDINADORA confirma que tanto el Ministro como Fernando Simón son muy conscientes de que es necesario ir por delante de la prensa y dar la información necesaria para aportar esa tranquilidad a la población tan necesaria. Explica que China no va a permitir que personas con sintomatología respiratoria salgan de su territorio y que en pocas horas estaba previsto que el Reino Unido comenzara con la repatriación de sus ciudadanos.

MADRID pregunta por la prevalencia de falsos negativos de la PCR.

MANUEL CUENCA explica que aunque es una técnica nueva, este tipo de metodologías tienen un valor predictivo positivo superior al 90%.

LA RIOJA solicita que el envío de muestras quede perfectamente explicado en los protocolos.



ISLAS BALEARES: pregunta si el Ministerio va a cambiar el nivel de alerta.

LA COORDINADORA: propone la redacción de una nota de persona conjunta (esta nota de prensa se redactó durante la Comisión y se añade como Anexo I).

## **2. APROBACIÓN, SI PROCEDE, DEL ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA LOS DÍAS 13 Y 14 DE NOVIEMBRE DE 2019.**

Con las modificaciones propuestas por Cantabria y Galicia, que se enviarán por correo electrónico a la Secretaria de la CSP, se da por aprobada.

## **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.**

ALMUDENA DE ARRIBA informa de que de acuerdo con el Real Decreto 993/2014 por el que se establece el procedimiento y los requisitos de la certificación veterinaria oficial para la exportación, desde el año 2015 los servicios oficiales de Salud Pública de las CCAA tienen que atestar los requisitos adicionales de los países terceros.

La Dirección General remitió oficio a las Direcciones Generales de Salud de las CCAA en las que se detallaba que para la realización de las atestaciones sanitarias recogidas en el artículo 8 del RD 993/2014 para la exportación de productos de origen animal (POAS) se empleara el Anexo I de la Orden de 12 de 1993 conocido coloquialmente como "sábana". El empleo de la "sabana" para la realización de las atestaciones ha motivado errores en la emisión de certificados que, por su naturaleza, no requerían ser atestados por los inspectores de las CCAA. Por esta razón, se procede adoptar medidas para que el anexo I de la Orden de 12 de mayo, la "sábana" sea empleado exclusivamente para la certificación de productos que no son de origen animal (PONAS) y para la atestación sanitaria de productos de origen animal (POAS) se realice en otro soporte (en pdf). Por ello, se has redactado las Directrices que hoy se traen a la Comisión para su aprobación.

GALICIA y ANDALUCÍA solicitan que estas atestaciones puedan incluir el membrete de las CCAA, ya que quien las realizan son funcionarios de las CCAA.

ALMUDENA DE ARRIBA contesta que no hay problema en ese sentido, siempre que incluyan los dos mimbretes.

ANDALUCÍA: solicita que se regulara quién deber hacer las atestaciones, ya que en algunos núcleos urbanos quien realiza esta actividad no pertenece a las consejerías de las CCAA sino a los ayuntamientos (en Andalucía, hay delegación de competencias a los ayuntamientos)

LA COODINADORA contesta que son las CCAA quienes tienen derivadas las competencias de Salud Pública y que hay una normativa por la que delegan estos servicios, pero que este es un acuerdo de la propia CCAA y que es posible revertirlo.



ALMUDENA afirma que en el Real Decreto es claro, indicando que “los requisitos relativos a higiene y salud pública exigidos por el tercer país, se acreditarán mediante una atestación sanitaria emitida por los Servicios Oficiales de la comunidad autónoma”, por que si ellos delegan la competencia, la responsabilidad es suya. Por otro lado, nunca ha habido problemas con las atestaciones de ayuntamientos de Andalucía.

ARAGÓN expone la dificultad que existe de coordinación entre Agricultura, Sanidad y las CCAA.

ALMUDENA explica que tienen foros de coordinación con Agricultura. Saben que existen ciertas subdelegaciones que piden atestar, sin que esto sea necesario, y están trabajando en ello.

LA COORDINADORA da por aprobado por consenso el documento.

#### **4. SITUACIÓN DE LOS TRABAJOS DEL GRUPO DE CERTIFICACIÓN DE SALUD PÚBLICA PARA LA EXPORTACIÓN**

JUAN MANUEL TRONCOSO: explica que llevan más de dos años trabajando en los Grupos de trabajo de actuación de Salud Pública para exportación y en ellos participan 13 CCAA. El grupo de certificación de Salud Pública participan MAPA, MS, Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Extremadura, Madrid, la Rioja, Murcia, Valencia y Navarra (13 de las 17 CCAA). Este grupo tiene que proponer los procedimientos para la certificación veterinaria de la exportación (productos de origen animal). En la última reunión celebrada el 11/11/2019 hubo acuerdo en que era necesario llevar a cabo un trabajo de campo para perfilar como tiene que ser la metodología de los controles para la emisión de los certificados. A tal objeto el MS trataría con MAPA cómo poder realizar ensayos piloto que permitan obtener resultados para la elaboración de un procedimiento.

Tras este acuerdo 9 CCAA pertenecientes al Grupo de Trabajo, Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Extremadura, Murcia y Valencia, han mostrado el interés en los ensayos piloto. Para la realización de los ensayos piloto se ha pedido a las CCAA que informen de si tienen inconveniente en que se empleen los criterios de clasificación de los certificados que se han analizado en el GT. Se ha solicitado trasladen opinión antes del 7 de febrero. Con la adopción de esta clasificación a corto plazo un volumen significativo de certificados dejarían de tener la intervención de los inspectores de salud pública, reduciendo la carga de trabajo especialmente en algunos sectores como el lácteo.

Los ensayos piloto tendrán una duración de 2 a 4 meses y se harán en grupos de 3 CCAA de manera sucesiva. Técnicos de nuestra Unidad apoyarían los ensayos con actuaciones en las CCAA para apoyar a los inspectores. Mientras se ejecutan las pruebas piloto se informaría a todas las CCAA sobre los resultados. Estos resultados se emplearían para elaborar una propuesta de procedimiento que se llevaría a la Comisión de Salud Pública. Una vez que la Comisión de Salud Pública diera el visto bueno se elevaría al Comité de certificación veterinaria de la exportación.

CANTABRIA: al no estar en el grupo de trabajo, solicita si pueden compartirle el documento.



JUAN MANUEL TRONCOSO: comenta que no hay problema. Los documentos van a ir compartidos y si alguna CA se quiere incorporar lo puede hacer.

#### **5. PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN, SI PROCEDE DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DE HIPOACUSIA DEL SNS (PROPUESTA DE CONCRECIÓN EN LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SNS)**

MARÍA VICENTA LABRADOR informa de las 3 líneas de trabajo fundamentales del grupo de trabajo (desarrollo de documentos de requisitos y recomendaciones, definición de datos e indicadores y la concreción de las características de este programa). Comenta que la detección de hipoacusia debe recogerse en la cartera común de servicios en el ámbito de Salud Pública, como ya se recogen el programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas y el programa de cribado de cáncer. Recuerda que han participado técnicos de todas las CCAA y que ha sido aprobada por unanimidad en la Ponencia de cribado poblacional

La COORDINADORA da por aprobado el programa por unanimidad.

#### **6. PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN, SI PROCEDE DEL PROGRAMA DE CRIBADO PRENATAL DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS Y DEL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL SNS (PROPUESTA DE CONCRECIÓN EN LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SNS)**

MARÍA VICENTA LABRADOR incide en que son dos programas distintos y con objetivos diferentes. Explica que la intención, igual que lo presentado en el punto 5 de este documento, era incluirlo en la cartera común de de servicios en el ámbito de Salud Pública. Como prueba de cribado se incluye el test combinado en el primer trimestre y como prueba de segundo nivel, el test de ADNfetal libre circulante en sangre materna. Sobre el cribado de enfermedades infecciosas, explica que es un documento de consenso entre el CCAES, el Plan Nacional de Sida y el Área de Programas de Vacunación y de Cribado. En la citada cartera se recogería que el cribado se realizaría a todas las mujeres embarazadas, incluyendo serología de sífilis, VIH, VHB y Streptococcus del grupo B y, en grupos de riesgo, VHC, Zika y Chagas. Otras enfermedad como rubéola y varicela se harían bajo ciertas condiciones (ausencia de vacunación). Realiza un apunte especial sobre el cribado de la enfermedad de Chagas, debido a la importancia de este problema en España en algunos grupos poblaciones de migrantes (expone que España es el país de Europa con mayor incidencia de Chagas).

CANTABRIA pregunta si se han realizado los análisis de coste-efectividad del cribado.

MARÍA VICENTA LABRADOR explica los dos informes de que dispone que concluyen que sí lo es, en nuestro entorno, tanto por evitar casos primarios como secundarios.

CANTABRIA indica que preferiría que el documento se aprobara una vez que quedara mejor recogida la población diana del cribado de la E. de Chagas, ya que considera que el texto es demasiado ambiguo



MARÍA VICENTA LABRADOR informa que lo que se aprueba son los criterios generales de enfermedades a cribar, que será presentado a la Comisión de Prestaciones y que otros aspectos más concretos se trabajarán posteriormente en un grupo de expertos.

La COORDINADORA explica que se han tenido muy en cuenta los documentos económicos y protocolos de determinadas CCAA que tienen mucha experiencia en el cribado de Chagas.

GALICIA explica que en Galicia el embarazo se lleva desde otras Direcciones Generales (DG) y muestra sus dudas de que sea Salud Pública (SP) quien lidere, a nivel de CA, este cribado sobre enfermedades infecciosas. Considera que sería más práctico un protocolo de actuación por parte de las DG que incluyera actividades asistenciales.

NAVARRA se posiciona en una óptica similar a Galicia, exponiendo que SP no tiene manera de definir quién es la población diana. Sí muestra la disponibilidad de ayudar a llevar a cabo el programa. Considera que los programas de cribado de anomalías cromosómicas tienen las mismas dificultades que este.

MARÍA VICENTA LABRADOR hace referencia a que la Ley General de SP establece que, aunque la asistencia se haga y la lideren ciertas Direcciones Generales, la coordinación debe ser de Salud Pública y ese es el objetivo de la elaboración de estos documentos, ya que ello implica un aumento de valor de los programas. Afirma que es un programa poblacional y que, por tanto, debería asumirse por parte de Salud Pública, sin que ello modifique la forma en que se estén desarrollando estos programas en las CCAA.

La COORDINADORA recuerda que buena parte de estos programas ya se llevan a cabo, aunque de forma heterogénea, en las CCAA. Lo que buscan es unificar criterios y formas de actuación en los diferentes territorios. Asimismo, recuerda que la última responsabilidad en la aprobación de este documento es el CISNS, de modo que siempre se incluirá el compromiso de instancias superiores.

MARÍA VICENTA LABRADOR explica a Navarra que, para definir la población diana, otros países europeos y grupos de trabajo internacionales utilizan como denominador el número de recién nacidos para estimar en número de mujeres embarazadas

ARAGÓN coincide con la postura del Ministerio y considera que los programas que afecten a la salud de la población deben estar bajo el paraguas de las DGSP.

INGESA también se posiciona a favor de que los programas de cribado, y añade que aunque se desarrollen desde un ámbito asistencial, deben estar coordinados y dirigidos por las DGSP.

La COORDINADORA indica que no se da por aprobado el documento, y se se circulará el documento definitivo con las modificaciones en la E. de de Chagas.



## **7. SITUACIÓN Y AVANCES EN LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN DE VACUNACIÓN CON MenACWY A ADOLESCENTES Y JÓVENES**

AURORA LIMIA hace un recordatorio de los acuerdos de la CSP en materia de vacunación antimeningocócica durante el año 2019, siendo uno de ellos la elaboración de una estrategia de comunicación para promocionar la captación de los adolescentes. Para ello, se formó un grupo de trabajo con 3 miembros de la Ponencia de Vacunas y representantes de varias Sociedades Científicas. Expone cómo ha sido el procedimiento para elaborar los mensajes dirigidos a los grupos de población diana para conseguir altas coberturas de vacunación. Asimismo, presenta el logo de la estrategia de comunicación, la infografía y documento de preguntas y respuestas dirigidos a madres y padres, infografía y documentos de preguntas y respuestas para profesionales sanitarios y, finalmente, la plataforma web en la que se subirán todos los documentos, y que también contará con vídeos explicativos sobre la vacunación, testimonios, etc. Por último, expone que en aquellas CCAA en las que ya se ha implantado, las coberturas alcanzadas hasta la fecha parecen muy satisfactorias.

EXTREMADURA solicita que se envíe la información antes de publicarla para poder revisarla, al ser las CCAA quienes finalmente la administrarán.

Sin más temas que tratar la COORDINADORA levanta la sesión a las 15:07 horas.

### **ANEXO I**

La Comisión de Salud Pública, en reunión ayer conjunta con la Comisión de Coordinación Asistencial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, acuerda:

Que en relación con la epidemia de Covid-19 y los nuevos casos aparecidos en algunas áreas concretas de nuestro país, se recomienda a Organizaciones Colegiales, Sociedades Científicas y los profesionales sanitarios, fundamentalmente profesionales médicos y de enfermería, que se abstengan de organizar y asistir, en las próximas semanas, a congresos, jornadas, seminarios o cursos de formación de gran afluencia, para evitar que estas personas, implicadas tan estrechamente en el cuidado de pacientes, puedan actuar a su vez como transmisores de esta enfermedad.