



DIARIO DE SESIONES  
DEL  
**PARLAMENTO DE NAVARRA**

---

X Legislatura

Pamplona, 28 de abril de 2020

NÚM. 10

---

**TRANSCRIPCIÓN LITERAL**

**COMISIÓN DE SALUD**

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.<sup>a</sup> NURIA MEDINA SANTOS

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 28 DE ABRIL DE 2020**

**ORDEN DEL DÍA**

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las actuaciones que se están llevando a cabo en las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad de Navarra en el marco de la pandemia de COVID 19.

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para exponer la planificación y calendarización de la realización de las PCR y test masivos para la confirmación de infección por virus SARS-CoV-2, así como de estudios de seroprevalencia que se vayan a realizar, los recursos humanos y materiales habilitados para ello y las condiciones en las que se están haciendo y se prevé hacerlo.

(Comienza la sesión a las 15 horas y 19 minutos).

**Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las actuaciones que se están llevando a cabo en las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad de Navarra en el marco de la pandemia de COVID 19.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Buenas tardes a todos y a todas. Damos comienzo a la Comisión de Salud, con dos puntos en el orden del día. El primero es la comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, para que la Consejera de Salud informe sobre las actuaciones que se están llevando a cabo en las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad de Navarra en el marco de la pandemia del COVID-19. Antes de presentar a las personas que nos acompañan y de dar paso a este primer punto, sí que me gustaría, en nombre de la Comisión de Salud, trasladar nuestras más sinceras condolencias a todas las personas que han perdido a algún ser querido a consecuencia de esta pandemia y, por supuesto, mandar todo nuestro cariño a todas aquellas personas que también están en este momento luchando contra la enfermedad y sus consecuencias. Además, también creo que corresponde, en nombre de toda la Comisión de Salud, dar las gracias, desde luego, todo nuestro agradecimiento, a todo el personal sanitario y no sanitario que ha trabajado en los hospitales y en los centros de salud para vencer a este virus que tanto daño nos está haciendo. Y si es verdad que hoy tenemos, con toda la prudencia del mundo, lo decía ahora la Consejera, una buena noticia, que no ha habido ningún fallecimiento en Navarra, lo hemos comentado entre todos los portavoces, sí que nos parece oportuno comenzar esta Comisión con un minuto de silencio en memoria de todas aquellas personas que ya nos han dejado.

(LOS PARLAMENTARIOS FORALES, PUESTOS EN PIE, GUARDAN UN MINUTO DE SILENCIO).

SRA. PRESIDENTA: Muchísimas gracias. Ahora sí, pasaremos a presentar a las personas que hoy nos acompañan. Nos acompaña, en primer lugar, la Consejera Induráin. Muchísimas gracias, Consejera, por estar hoy en esta Comisión. Acompañan a la Consejera también para este primer punto Manuel Carpintero Navarro, Director-Gerente de Atención Primaria, bienvenido, y Ana Ariztegui Echenique, Jefa de la Sección de Cuidados Asistenciales de Atención Domiciliaria, bienvenida también. Creo que es la primera vez que acude a esta Comisión, pues bienvenida y muchísimas gracias.

Este primer punto ha sido solicitado por el Grupo Parlamentario Navarra Suma, por lo tanto, tiene la palabra su portavoz, la señora Ibarrola, para explicar los motivos de la solicitud.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Muchas gracias, Presidenta. Quiero dar la bienvenida a la Consejera y a su equipo. Yo también quiero comenzar con un recuerdo a las personas que han sufrido esta enfermedad, especialmente aquellas fallecidas y sus familias, porque al dolor por las pérdidas además hay que sumarle las circunstancias en las que se ha producido, sin ni siquiera permitir un consuelo cercano, un abrazo sentido de seres queridos, que ayude a sobrellevar estos momentos, o una despedida acompañados de familiares y amigos.

Hace unos meses no hubiéramos imaginado vivir algo así, y las consecuencias de esta crisis sanitaria, sin duda, se han ensañado de forma especial con nuestros mayores. Las

implicaciones y consecuencias han sido trágicas, especialmente en las residencias. Quiero también aprovechar para trasladar mi más sincero agradecimiento y reconocimiento a todas las personas que han colaborado, desde los navarros y navarras que han estado confinados durante seis semanas de forma estricta, las personas que han estado al pie del cañón sirviendo a los demás: servicios esenciales, voluntarios, sanitarios, a trabajadores de residencias; de corazón, muchísimas gracias. Tampoco se hubieran imaginado vivir algo así como héroes, a veces como mártires, un papel complicado, con dedicación comprometida desde una labor absolutamente vocacional en la que lo han dado todo, cansados, en condiciones duras, sufriendo por el dolor ajeno, pero también motivados y alegres cuando consiguen curar, cuidar, transmitir apoyo y cariño, salvar vidas o aliviar sufrimiento. No estaban preparados para afrontar esto, y mucho menos sin el material de protección adecuado, sin test o sin acceso a medicamentos.

Voy terminando. Todo paralelismo realizado con el virus de la gripe nos ha llevado a errores, no era como una gripe, tampoco como una gripe un poco más grave, contagiosidad más alta, severidad mayor, letalidad mayor, la evidencia y el conocimiento científicos limitados, el acceso a las pruebas de confirmación no disponible al menos inicialmente para todas las personas y la vacuna de momento un ansiado deseo para todos.

Las residencias, por la vulnerabilidad de las personas que allí conviven y por el contacto estrecho en la convivencia, deberían haber sido una prioridad desde el inicio. Hemos asistido a varias ruedas de prensa en las que ustedes han hablado de las residencias, pero creemos que las explicaciones de todo lo realizado y de todo aquello que está por acometer, sobre todo en el anunciado desconfinamiento de personas mayores, debieran desde un principio, además de un rendimiento de cuentas a la ciudadanía, ser objeto y trabajo específico también de esta Comisión. Escucharemos atentos sus explicaciones. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. Damos la palabra, para su comparecencia a la señora Consejera, por un tiempo máximo de treinta minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Buenas tardes a todas y todos, arratsalde on denoi. Si algo ha demostrado esta epidemia del COVID han sido dos cosas: que se ha ensañado especialmente, y coincido en ello, con los grupos más vulnerables de nuestra sociedad y que para hacer frente a esta pandemia la coordinación en diferentes niveles y una constante actualización y reajuste de las medidas son cuestiones que han sido, son y serán determinantes.

Las residencias como espacio y la población mayor como grupo social son un punto especialmente sensible, como lo demuestran los datos de mortalidad, ya que la edad media de fallecimientos se sitúa en torno a los ochenta y dos años, y una parte importante de ellos se han producido entre residentes de estas entidades. Se trata de un sector heterogéneo en cuanto a titularidades y modos organizativos, que ha exigido una respuesta de coordinación entre sus titulares, el Departamento de Derechos Sociales y el Departamento de Salud, y en eso hemos estado desde el primer momento realizando un esfuerzo importante, también en contextos complicados, en el arranque en cuanto a disponibilidad de medidas de protección y de detección precoz, dos instrumentos en los que nos hemos volcado, además de en el organizativo, ya que hemos vasculado entre la Atención Primaria de cada localidad hacia la

residencia correspondiente, hemos creado, y por eso están aquí, en el equipo, el Gerente de Atención Primaria y la Jefa de Servicio de Cuidados Asistenciales, que son los coordinadores ejecutivos de la atención sanitaria, y esta coordinación se ha creado para aumentar la eficiencia a nivel operativo. Creo que con aciertos y con errores, seguro, todas las partes implicadas, es de resaltar, y lo quiero hacer, han hecho todo lo que ha estado en su mano para evitar contagios y también fallecimientos.

A continuación, lo que voy a realizar es un relato más detallado y cronológico de los pasos dados por parte de Salud. Ustedes o sus compañeros del Parlamento tendrán mañana un nuevo aporte de información por parte de Derechos Sociales en otra comparecencia que también se ha solicitado desde otra Comisión. Quizás nos hubiera gustado poder comparecer ambas Consejeras, ya que ambos departamentos hemos trabajado de la mano en este reto.

Ya que este es el planteamiento procedimental planteado por el Parlamento, permítanme que me centre en la vertiente sanitaria, pero dejando claro que es la parte de un todo más global del que se completará la foto mañana. Es un buen momento para detenerse a analizar la situación real y tratar de aprender del pasado para abordar la fase de transición y desescalada que tenemos por delante con la máxima seguridad y garantía.

Para contextualizar la envergadura de esta cuestión, quiero comenzar señalándoles que en Navarra, en los setenta y un centros de mayores hay 5.835 usuarios aproximadamente, y en los cuarenta y nueve centros de discapacidad alrededor de 1.025. Voy a detallar las intervenciones sanitarias llevadas a cabo en el entorno sociosanitario en el marco de esta pandemia COVID-19.

La atención sanitaria prestada básicamente desde la estructura de Atención Primaria como columna vertebral del sistema sanitario se recoge en el protocolo Manejo de casos posibles de enfermedad por virus COVID-19 en residencias sociosanitarias, que se elaboró por la Gerencia de Atención Primaria al inicio de la pandemia. Su elaboración se inició el 11 de marzo, con continuas actualizaciones con base en las necesidades detectadas y en las evidencias disponibles en el momento. Se trata de un documento aprobado por el Departamento de Derechos Sociales y por el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Se distribuyó a todos los profesionales de Atención Primaria de Salud y de las residencias con fecha 20 de marzo, y se encuentra disponible en Auzolan, que es la herramienta de consulta para profesionales.

Las intervenciones que se contemplan en este protocolo, que estructuran la atención a prestar desde los equipos de Atención Primaria y desde los servicios de urgencias extrahospitalarias, tanto urbanos como a nivel rural por los SUR, se agrupan en cuatro apartados: medidas para la prevención y control de la infección, actuación en la detección de los posibles casos de enfermedad por virus COVID-19, manejo residencial de los posibles casos de enfermedad por virus COVID-19 y ayudas organizativas en los circuitos de atención y en los procedimientos de comunicación entre servicios y profesionales.

Señorías, como ustedes conocen, la atención sanitaria antes de la pandemia recaía en los profesionales sanitarios, por un lado los que forman el equipo multidisciplinar de las residencias o en los equipos de Atención Primaria de las zonas básicas de salud en las que está

localizado el centro residencial, dependiendo de las distintas circunstancias de cada uno de los centros residenciales y también en ocasiones de la disponibilidad o no de profesionales sanitarios en estos centros.

En Navarra, a diferencia de otras comunidades autónomas, todos los centros residenciales cuentan con personal de enfermería con dedicación variable en función del número de plazas o de residentes que están en el centro sociosanitario. De las setenta y una residencias de mayores y de centros de discapacidad, diecisiete cuentan con personal médico en el propio centro.

En la pasada legislatura se dieron importantes avances en la atención sociosanitaria de estos centros, fruto del trabajo conjunto entre los Departamentos de Salud y Derechos Sociales: acceso a historia clínica, inclusión de los profesionales sanitarios de las residencias en los programas formativos de Salud, acuerdo con Lares y convalecencia residencial, entre otros.

La relación entre los centros residenciales y el Departamento de Salud siempre ha sido necesaria, bien por la prestación de atención a nivel de Primaria, bien por la complementariedad mediante la atención de los servicios de urgencias extrahospitalarios o bien por la lógica atención en el nivel hospitalario cuando así se hace preciso.

Con la aparición de la pandemia, con el fin de garantizar una adecuada coordinación entre el entorno sanitario y social, se establecieron los siguientes grupos y canales de comunicación. Se creó un grupo de trabajo de coordinación entre el Departamento de Derechos Sociales y la Gerencia de Atención Primaria con la finalidad de monitorizar diariamente la situación de la asistencia sanitaria en las residencias, y caso de que surgiera cualquier problema, básicamente al inicio por la ausencia de profesionales que estaba ocurriendo por las bajas laborales o por la retirada de trabajo por criterios de los servicios de prevención de riesgos, valorar la posibilidad de dar respuesta en primera instancia desde la propia residencia y si no fuera posible desde los equipos de Atención Primaria. Este grupo, que continúa trabajando en la actualidad, cuenta con la colaboración y la participación del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra para cuestiones de índole técnica, de medidas de aislamiento, de protección, de adecuación de la realización de pruebas, entre otras.

En la Gerencia de Atención Primaria se establecieron grupos específicos de trabajo para la prevención y la resolución de incidencias relacionadas con las residencias en cuanto a la elaboración de procedimientos y a un grupo de seguimiento de bajas de profesionales sanitarios de las propias de residencias y de refuerzo por parte de profesionales de Atención Primaria si era preciso, como luego les comentaré.

Estos grupos han contado y siguen contando con valiosos profesionales de las unidades técnicas del Departamento de Salud que han dejado su trabajo habitual y se han dedicado en cuerpo y alma y con gran profesionalidad y conocimiento del medio al intento de dar solución a la problemática generada por la pandemia en el ámbito que nos ocupa. A todos ellos, mi agradecimiento.

El 15 de marzo, con el inicio de la primera comunicación de casos en la residencia de Artajona, se llevó a cabo una sectorización de Navarra en cinco zonas. En cada uno de las zonas, un

responsable comenzó a realizar un contacto directo con los centros residenciales de su sector para conocer la implantación de las medidas preventivas, el conocimiento de las recomendaciones de aislamiento, la capacidad organizativa, la identificación de posibles residentes con sintomatología compatible con infección por COVID. La urgencia inicial para la Gerencia de Atención Primaria fue la de tener un conocimiento expreso sobre la situación de cada uno de los centros ante la crisis COVID para poder actuar con prontitud en lo prioritario, de acuerdo con el protocolo conjunto que se había elaborado, para llevar a cabo acciones para la detección del primer caso que presentara sintomatología compatible y consecuente realización lo antes posible de PCR. Esta directriz que inicialmente y con los recursos que teníamos era para el caso primero, aunque eso requiera hacerla a dos o tres residentes, cambió el 3 de abril, cuando pudimos ampliar y realizar la prueba de PCR al total de pacientes sintomáticos en todas las residencias sociosanitarias de Navarra en veinticuatro horas y con un despliegue y un trabajo muy importante de servicios de recogida de muestras de la Subdirección de Urgencias Extrahospitalarias.

Por otro lado, en lo que comentaba también como prioritario dentro de este trabajo de Atención Primaria era analizar los recursos sanitarios para detectar necesidades y proceder a la gestión de la oportuna sustitución por parte del Servicio Navarro de Salud de profesionales sanitarios y, por otro lado, en los no sanitarios para comunicarlo y compartir esta información, que también la tenía, por supuesto, el Departamento de Derechos Sociales. También para analizar los materiales de protección, de farmacia, de necesidades de oxígeno, y si se presentaba alguna carencia para proceder a su provisión. Asimismo, se proporcionaron y se siguen proporcionando los recursos necesarios, materiales y farmacológicos, para dar cobertura a los cuidados clínicos que requieren los pacientes residentes.

El 15 de marzo, ante el primer caso diagnosticado en el ámbito residencial, se amplió el catálogo de almacén y de farmacia incluyéndose medicaciones endovenosas, antibioterapia y medicación para sedación. Asimismo, se centralizó en la Gerencia de Atención Primaria el suministro de oxigenoterapia a los centros residenciales.

En lo referente a profesionales, el 15 de marzo se detectaron en varias residencias situaciones problemáticas y se procedió a visitar presencialmente las residencias de Artajona, Barasoain y Funes, incidiendo en la aplicación del protocolo principalmente en cuanto a las medidas de aislamiento.

Desde entonces, la Gerencia de Atención Primaria ha contratado personal sanitario, enfermeras en turnos de doce horas a días alternos y técnicos en cuidados de auxiliares de enfermería en turnos de doce horas a noches alternas para estos centros. Ese mismo día, por ejemplo, se contactó telefónicamente con la residencia de Miranda de Arga para la que posteriormente, al surgir la necesidad, se contrató personal sanitario en dedicación exclusiva ante la situación que se estaba dando.

El 29 de marzo y el 6 de abril se pusieron en marcha dos recursos intermedios por parte de Derechos Sociales para pacientes COVID positivo con dificultades de aislamiento. Creo que ya conocen que han sido el centro Félix Garrido, en Sarriguren, y el de baños de Fitero. Son recursos temporales para liberar a los centros residenciales con el objetivo de poder garantizar los aislamientos. A los residentes que se derivaban a estos centros se les realizaba a todos PCR.

Se dotó a estos centros de recursos materiales y de profesionales de enfermería por parte del Departamento de Salud, y la atención médica diaria ha sido llevada a cabo por profesionales de la zona básica.

Con respecto a las pruebas diagnósticas, he de informar a sus señorías, como he comentado, que en un inicio fueron PCR a los casos sospechosos hasta la detección del primer caso para, en los contactos estrechos realizar aislamiento y realizar un seguimiento y cuarentena, y a partir del 3 de abril, como ya he comentado, con base en una mayor disponibilidad de pruebas, realizarlas a todos aquellos residentes con sintomatología, así como también —yo creo que es conocido— los profesionales sociosanitarios, lo mismo que los profesionales sanitarios, si tenían síntomas iban por un circuito de diagnóstico rápido, el circuito de Refena, como forma de acceso en un tiempo más rápido a las pruebas de PCR, tanto para el diagnóstico como para el alta.

La realización de test rápidos en residencias se inició el día 13 de abril a los usuarios y a profesionales asintomáticos, iniciándose primero en los centros que tenían casos positivos. En dos semanas se han realizado prácticamente al 90 por ciento de la población de estos ámbitos, y esta semana es una semana en la que ya se finalizan.

En los residentes del medio sociosanitario, de las residencias de mayores como de discapacitados, a fecha 27 de abril se han realizado 2.312 PCR, de las cuales han resultado positivas 1.204, lo que supone el 30,5 por ciento de los residentes en estos centros, y se han realizado 2.383 test rápidos, de los cuales han dado resultado positivo 278, lo que supone un 7 por ciento.

En la actualidad está pendiente de realizarse a los trabajadores de alguna comunidad religiosa y de otro tipo de pisos que no son estrictamente ámbito residencial pero son comunidades religiosas, pisos de menores... También se está realizando a otras profesionales como, por ejemplo, los del SAD, pero, como comentaba, en este ámbito lo que se prevé es finalizar antes del viernes de esta semana. Muchas gracias, y de momento, atendiendo a sus preguntas, es lo que he pasado a exponerles.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Consejera. Comenzamos con la intervención de los diferentes grupos. En primer lugar tiene la palabra el grupo proponente de la comparecencia, por lo tanto, tiene la palabra la señora Ibarrola por un tiempo máximo de diez minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias, Consejera. Mire, estamos seguros de que desde el inicio de esta crisis han trabajado de forma intensa, sometidos a mucha presión, con bajas en su equipo a los que, desde luego, deseo la pronta recuperación. No tenemos ninguna duda de que están sufriendo, de que no está siendo fácil, de que lo han dado todo con la mejor de las intenciones y de que ustedes más que nadie hubieran querido que los resultados fueran otros. Entendemos perfectamente la complejidad de su responsabilidad, pero, lamentablemente, también tenemos que decirle que no han acertado en la gestión. Ha faltado anticipación, ha faltado participación, ha faltado planificación y, en consecuencia, las decisiones han llegado tarde y en algunas ocasiones o en muchas han sido erróneas. Y este es el punto clave por el que está usted compareciendo hoy aquí, porque como autoridad y máxima responsable usted

ha sido la que ha tomado en Salud las decisiones de esta crisis. Ese será el punto en el que basaré mi exposición, en medirla por su gestión y por las consecuencias de la misma.

A nuestro entender, el éxito en el manejo de esta crisis requería liderazgo, unidad, humildad y transparencia. Liderazgo que usted no ha sabido ejercer. En palabras que usted suele utilizar con cierta frecuencia, esta situación nos preocupa y nos ocupa. No tengo ninguna duda, pero no es suficiente, hay que tomar decisiones, por supuesto, basadas en criterios técnicos, pero decisiones con valentía política, acertadas y a tiempo. Se han escudado continuamente en informes técnicos y científicos, tanto en Madrid como aquí, informes que, si existen, no han sido públicos, y lo poco que hemos conocido no justifica las decisiones tomadas. Debería haberse apoyado más y gestionado mejor el conocimiento, contar con colegios profesionales, con sociedades científicas o con agentes sociales. Vuelvo a repetir: ha faltado participación, anticipación y decisión, y no se puede apelar a la unidad política únicamente para evitar la crítica de la gestión. Tenía la oportunidad de haber abierto foros reales de participación, consenso y corresponsabilidad en la toma de decisiones, pero, de verdad, dejando aparte la disponibilidad personal, que agradezco, de su Director General de Salud, que muy amablemente ha respondido siempre a nuestras dudas, a cuestiones concretas o ha recibido propuestas que le hemos hecho llegar, usted, Consejera, no ha dado un paso por buscar esa unidad. Le ha tocado gestionar la mayor crisis sanitaria de décadas y ha sido incapaz de tender la mano, al menos a nuestra formación.

Hoy conocemos que el virus ya circulaba y había tenido muchas puertas de entrada en España, que hay muchos asintomáticos que propagan la enfermedad, en las residencias, lógicamente, esa propagación es más fácil y, además, las personas que allí conviven son especialmente vulnerables. El confinamiento, por tanto, ya que el virus circulaba, no ha evitado todos los contactos. Eso, evidentemente, no lo podíamos conocer, pero había intervenciones sencillas que se podían haber tomado de forma ágil para evitar contagios, y creemos que los daños se podían minimizar.

Desde el 14 de marzo y en varias ocasiones les trasladamos que aislaran a los positivos de los que no lo eran en las residencias, era primordial. Y han puesto en marcha recursos intermedios que no voy a repetir pero que son insuficientes y han llegado tarde. Se requería test masivos entre residentes y personal de las residencias y, es verdad, lo han ido haciendo, pero también tarde, a raíz de la repercusión mediática de los problemas de algunas de las residencias y, bueno, ayer mismo se lo recordaba la Asociación Navarra de Entidades Asistenciales, se han realizado tarde, de forma irregular y sin un protocolo claro.

El primer protocolo, Consejera, llegó el 23 de marzo y ya ha explicado, pero, efectivamente, con un solo positivo ya no se hacían más test. Y tenemos que hablar de falta de EPI, de falta de material de protección adecuado para el profesional sanitario y sociosanitario. Las cifras no son fruto del azar, casi ochocientos afectados entre los profesionales sanitarios, casi seiscientos entre los trabajadores de las residencias. Han trabajado desarmados, lo han hecho con frustración, desasosiego, sintiéndose desprotegidos, impotentes, con miedo a ser vector de contagio para sus familiares y para los residentes frágiles a los que les tocaba atender. Y lo un hecho a pesar de eso con una máxima profesionalidad y cariño, tratando de humanizar decisiones de por sí deshumanizadas como la soledad impuesta a nuestros mayores al tener



que permanecer en habitaciones aisladas por no disponer de EPI o material de protección para el acompañamiento de sus familias. Y era el 10 de abril cuando el Departamento de Derechos Sociales envió un procedimiento para las residencias para facilitar la despedida de familiares en momentos de final de vida.

Mire, algunos profesionales de Atención Primaria nos trasladan que las primeras mascarillas FFP2 las recibieron el 9 de abril y que han sobrevivido, en palabras suyas, gracias a la generosidad y solidaridad de la gente, sobre todo en la zona rural, que han recibido donaciones de mascarillas, buzos, batas, personas que a nivel particular o a través de empresas han puesto a disposición todo lo que han podido. Y fue la iniciativa ciudadana y los colectivos profesionales y empresariales, no el Gobierno de Navarra, los que lideraron inicialmente la producción de material de protección. Nosotros creemos que el Gobierno debería haber hecho todo lo posible desde el minuto cero para trabajar con el tejido industrial de Navarra en el autoabastecimiento de material. Les adelantó la sociedad civil.

Y ante la crisis sanitaria, que les ha desbordado, al menos cabría esperar mayor grado de humildad y de transparencia. No cabe demagogia en algo tan serio; no cabe demagogia, pero sobra también la autocomplacencia. No hay ninguna razón para las medallas. Han pretendido vender una atención integral interdepartamental que es obvio que no ha existido. Yo no dudo de qué hablaban, no tengo ninguna duda, pero no trabajaban de forma integrada ni se estaban resolviendo los problemas de la gente. No ha habido manera de aclararse de quién era la responsabilidad de garantizar los EPI, o algo tan sencillo como una base de datos como único incidente que transmitiera con fiabilidad la foto real de lo que estaba ocurriendo con la pandemia en las residencias.

Resulta complicado entender cómo un mando único, el Ministro de Sanidad, con reuniones prácticamente diarias con todos los Consejeros, no ha podido llegar a definir exactamente qué estaba emitiendo cuando estaba dando las cifras, por ejemplo, de personas fallecidas, o cómo dos Consejeras del mismo Gobierno también han tenido ciertas dificultades en la comunicación. Me consta y estoy absolutamente segura de que no ha sido en absoluto nada deliberado, pero fue un error no transmitir los mensajes claros.

Y los errores se reconocen y se rectifican, pero no se entiende que de un error se pretenda también sacar rédito o medalla de transparencia. Si la mitad de fallecimientos en Navarra han ocurrido en los centros residenciales, trasladar que para el Gobierno de Navarra fue un colectivo prioritario, en palabras de la Consejera de Derechos Sociales, porque se han hecho muchos más test que al resto de la población, sinceramente, me parece absurdo. Si realmente el objetivo era prioritario desde el principio, ha trasladado algunos de los recursos que Salud puso en las residencias, pero ¿cuántos profesionales sanitarios exactamente de esos mil doscientos contratos que ha realizado el Departamento de Salud los ha dedicado a la atención sanitaria en las residencias? ¿Y por qué no se adoptaron las medidas necesarias desde el principio? Me gustaría que me contestara, por favor.

Ha tardado dos meses desde el primer caso confirmado en Navarra en nombrar un coordinador de atención sanitaria en residencias, y tampoco dudo de que estuvieran trabajando para entonces, pero no sé dónde ven la prioridad. Quizás, si hubieran aprobado y desarrollado la proposición de ley que presentó UPN en la pasada legislatura de atención

sanitaria integrada y que ni usted ni la señora Maeztu consideraron necesario tramitar por ese proyecto piloto que parece no tener fin en Tafalla, la situación probablemente hubiera sido diferente, y así además lo comparten reconocidos líderes socialistas en la gestión sanitaria.

Voy terminando. La crisis sanitaria requería medidas decididas desde la autoridad sanitaria para proporcionar la mejor de las atenciones sanitarias en las residencias. No entendemos que rechazaran nuestra enmienda para garantizar atención médica y de enfermería en recursos intermedios. Lo recomiendan la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y diferentes expertos aquí, en Navarra, y hubiera posibilitado una mejor atención y acceso a medicamentos hospitalarios específicos para COVID y que no han sido accesible para todos, sirviendo de apoyo además a médicos de residencias y de Atención Primaria.

Evidentemente, tras esta fase nuestro modelo de recursos de convivencia para personas mayores no pasa por institucionalizaciones medicalizadas, apostamos, y seguro que ahí podremos coincidir, por unidades de convivencia más pequeñas, basadas en un modelo de atención integrada sociosanitaria, pero los cuidados médicos especializados en esta situación excepcional refuerzan el modelo humano y centrado en la persona, no son excluyentes, como miembros de su Gobierno han pretendido trasladar con esta propuesta nuestra. No desvirtúen el mensaje como excusa en la inacción en este ámbito. Han dado muchas ruedas de prensa, Consejera, pero pocas explicaciones. Seguimos sin respuestas claras a las inquietudes de la gente, ha faltado transparencia a la ciudadanía, pero sobre todo también ha faltado transparencia a este Parlamento. Puede contar con nosotros en la estrategia de desescalada y también en el plan de reactivación, pero le vamos a exigir que sea de verdad una apuesta de participación real de propuestas y con información, transparencia y lealtad también por su parte. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Gracias, señora Ibarrola. Continuamos con el grupo parlamentario socialista, por lo tanto, tiene la palabra su portavoz, la señora Fanlo, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchísimas gracias, señora Presidenta. Agradezco también la presencia hoy aquí de la Consejera Santos Induráin, del Gerente de Atención Primaria, el señor Carpintero, y de la Directora General de Cuidados de Enfermería, la señora Ascunce. En primer lugar, desde el Partido Socialista queremos dar el pésame a todas aquellas personas que han perdido un familiar, amigo o allegado, por supuesto a todas las personas que han perdido en estos días a una persona mayor o un dependiente que ha estado institucionalizado en un centro residencial y que por las circunstancias en las que nos encontramos no van a poder hacerle la despedida que se merecieran. Hoy por primera vez en toda la crisis de la pandemia podemos decir que ha habido cero fallecidos y ceros ingresos en UCI, de forma cauta, como muy bien ha dicho la Consejera. También desde el Partido Socialista queremos dar las gracias, y nunca será suficiente, a todos los trabajadores de las residencias que han cuidado con cariño a los ancianos y a los dependientes a pesar del riesgo de contagio para ellos y sus familias. Héroe han sido aquellos que a pesar de estar en riesgo de contagiarse prefirieron no poner en riesgo a los residentes y se confinaron con ellos. Ejemplo para nosotros de humanidad y de valentía; no todo el mundo hubiera tenido esa respuesta. Ejemplo, desde luego, de valores y de humanidad de los que todos deberíamos aprender.

Queremos recordar que el perfil de residente es una persona muy frágil, vulnerable, y que las residencias y los espacios de dependientes son espacios de convivencia muy numerosos donde se favorece la transmisión de enfermedades contagiosas como es el caso de esta, que tiene un índice de contagiosidad por encima del que tiene la gripe. Por desgracia, ni España ni Navarra son una excepción a lo que está ocurriendo ahora mismo en otros países de Europa. La pandemia está golpeando a las residencias de mayores en toda Europa. Países como Noruega o Bélgica ya recogen más de la mitad de los casos de fallecidos, y Navarra no es una excepción. Los centros residenciales están teniendo una alta tasa de mortalidad ya que este virus tiene una alta tasa de mortalidad en la población mayor de sesenta años, más de la mitad de los fallecidos en nuestras residencias, ya lo ha dicho la Consejera, la edad media es de ochenta y tres, ochenta cinco años, por lo tanto, repito, es población diana para esta pandemia, es población de riesgo. Son personas con patologías crónicas y pluripatologías que los hace todavía más débiles. Por ese motivo este Gobierno y esta Consejería han puesto toda la carne en el asador, han hecho todo lo que estaba en su mano y han ido tomando decisiones rápidas, contundentes, día a día, semana a semana, para poner a salvo a esta población.

El 29 de febrero se detectó el primer caso en Navarra y el 2 de marzo el Gobierno de Navarra, el Departamento de Salud ya realizó este documento «Infección por nuevo coronavirus», solo dos días más tarde. El 3 de marzo se reúne por primera vez la comisión interdepartamental del Gobierno de Navarra para definir cómo debía ser el abordaje del coronavirus. En el Partido Socialista nos queda claro que ha habido una coordinación estrecha entre el Departamento de Derechos Sociales y el de Salud, y, desde luego, felicitamos a toda la Atención Primaria por la gran importancia que ha tenido la Atención Primaria en la contención de la epidemia en la población. Nunca nos había demostrado el pilar que son, y la Atención Primaria ha sido capaz de contener esta epidemia y el colapso en los hospitales y en las UCI.

¿Qué medidas ha tomado este Gobierno? No voy a nombrar todas las que he dicho la Consejera, pero sí me gustaría desde el Partido Socialista resaltar probablemente aquellas que nos parecen más importantes. Se ha constituido un equipo específico de monitorización y apoyo, se ha nombrado la figura de un coordinador, desde el Departamento de Salud se han contratado tres médicos, cuarenta y una enfermeras, cinco técnicos auxiliares, y la atención sanitaria se ha realizado siempre en el medio de la Atención Primaria de la zona básica con equipos multidisciplinares. Derechos Sociales ha intervenido catorce de los ciento veinte centros, debemos recordar que no todos los centros son dependientes del Gobierno Navarra, algunos son privados y otros son de gobernanza municipal, en los que a veces ha sido dificultoso poder acceder bien a los casos contagiados para prestar apoyo y establecer una colaboración más estrecha del Departamento de Derechos Sociales y las personas responsables en los centros, se han realizado pruebas diagnósticas precisamente porque el Gobierno y el departamento sabían que son un espacio con personas altamente vulnerables y de vida en comunidad, que hace que las posibilidades de contagio sean más altas.

Las residencias sociosanitarias han sido prioritarias para este Gobierno y para este departamento, y se han realizado, además, más pruebas diagnósticas que al conjunto de la sociedad. En las residencias se han realizado cuatro mil setecientas pruebas de PCR y al cien por cien de las residencias con casos positivos, al cien por cien de los profesionales que trabajan en las residencias, se han aislado a los pacientes con síntomas y PCR positivo en las

propias residencias, se han hecho distintos circuitos, se está realizando PCR antes de volver de alta a una residencia a todo paciente que ha precisado ingreso procedente bien de un medio hospitalario o de Félix Garrido o de Fitero; antes de volver a una residencia se le está realizando una PCR y en el caso que sea negativa vuelve. Se ha provisto de material de protección desde Derechos Sociales y desde Salud: 2.098 batas, 3.014 buzos, 111 gafas, 122 litros de hidrogel, 181.800 guantes, 12.220 mascarillas FFP2, 17.600 mascarillas quirúrgicas y 400 pantallas, además de los recursos intermedios que se han utilizado y que se han habilitado para personas con PCR positivas en la residencia Félix Garrido y en los Baños de Fitero. Nunca se ha escatimado en recursos sanitarios a esta población, siempre se les ha previsto y se les ha dado los mismos tratamientos y las mismas ayudas de soporte que a cualquier otro paciente que ha ingresado y nunca se ha limitado el esfuerzo terapéutico con estos pacientes.

Desde el Partido Socialista damos la enhorabuena a esta Consejería y al Gobierno. Ya lo anunció nuestra Presidenta, la señora Chivite, el pasado viernes 24 en la Comisión de Régimen Foral, desde el Departamento de Asuntos Sociales y el de Innovación y en el que también estará implicado el de Salud se van a crear unos brazaletes de toma de temperatura, por lo que permitirá monitorizar en las residencias a las personas mayores. Queremos agradecer toda la información que se nos está transmitiendo en tiempo real por parte del Departamento de Salud sobre todos los casos de coronavirus en Navarra y poner en valor la actualización de los protocolos y medidas establecidas desde el departamento y, desde luego, la estrecha coordinación que existe con el Ministerio de Sanidad. Creo que solo ha habido tres comunidades, además tres comunidades en las que el Partido Socialista gobierna, en las que se han hecho ruedas de prensa diarias: islas Baleares, Asturias y esta Comunidad.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Santos Medina): Vaya acabando, señora Fanlo.

SRA. FANLO MATEO: Han estado haciendo ruedas de prensa. Desde luego, si la pandemia del COVID ha servido de algo ha sido para poner de manifiesto las carencias sociosanitarias de nuestro sistema y las medidas que debemos adoptar para mejorar y avanzar en nuestro modelo de atención a los mayores, que ya estaba recogido en nuestro acuerdo de gobierno. Desde luego, si la intervención del Departamento de Salud en los centros de mayores, coordinado con Asuntos Sociales, ha permitido frenar y parar la epidemia en estos centros, no se entendería que ningún Gobierno, y desde luego este no lo va hacer, ya lo dejó claro nuestra Presidenta, recortara las inversiones en los presupuestos en sanidad ni incluso en época de crisis. ¿Ha habido errores? Pues seguro que los ha habido, pero había que dar respuestas de forma rápida y segura. La enfermedad COVID producida por un virus que tiene cuatro meses de vida ha causado una pandemia mundial y científicamente todavía no sabemos cómo se comporta y en escaso último mes se ha conseguido a pie de cama de los pacientes entender parte de su fisiopatología e introducir tratamientos de forma precoz. Apoyo total a este Gobierno y a esta Consejería, en tiempo récord se ha adaptado y ha tenido que proveer de medios a las residencias de mayores y de dependientes y adaptarse rápidamente a esta epidemia.

Desde el Partido Socialista, para finalizar, y voy terminando, señora Presidenta, queremos homenajear a todos nuestros mayores que representan a una generación luchadora, valiente. Muchos tuvieron que trabajar como mulos y pasaron hambre en la posguerra, sufrieron una

dictadura, lucharon por comenzar una democracia y un Estado de bienestar y han luchado por la mayoría de los derechos que ahora nosotros disfrutamos, una generación que ha mantenido a sus hijos con sus pensiones en la crisis económica del año 2008, una generación que no merecía el coronavirus, pero por desgracias así ha sido. Nuestro recuerdo desde el Partido Socialista a todos ellos. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Santos Medina): Muchísimas gracias, señora Fanlo. A continuación, por el Grupo Parlamentario Geroa Bai, tiene la palabra su portavoz, la señora Ansa, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Arratsalde on guztioi. Buenas tardes, señorías. Gracias, Presidenta, gracias, Consejera, gracias, equipo. Bienvenidos a esta Comisión. Agradecemos su trabajo y dedicación en estas semanas tan complicadas tanto a la Consejera Induráin como a la Consejera Maeztu y a los equipos de gestión de ambos departamentos. Indudablemente muchísimas gracias a todos los equipos de salud, a todos los equipos sociosanitarios y a todas las personas que estando fuera de lo que tradicionalmente se llaman equipos de este tipo han estado trabajando y colaborando en el cuidado de las personas mayores en las residencias.

Desde Geroa Bai entendemos el enorme esfuerzo que se está haciendo y aceptamos que junto con aciertos importantes ha habido fallos y áreas en las que quizás habría que haberlo hecho de otra manera. Somos conscientes de que a toro pasado todo es fácil, es fácil acertar y que, por tanto, en este momento hacer el control del Gobierno supone no solamente pedir cuentas, que sí, supone también sostener y apoyar las iniciativas y propuestas para poder acometer la fase más complicada y larga de esta epidemia, que es la desescalada y su mantenimiento. Por otro lado, nos parece importante que la labor de control al Gobierno se mantenga de una forma más o menos regular y estamos encantados de haber venido.

Antes que nada comparto con el resto de mis compañeros y compañeras Parlamentarios la pena y el dolor por todas las personas que han fallecido víctimas del coronavirus. Navarra es una comunidad pequeña y a esta altura de la pandemia es difícil no tener un familiar, un amigo, una compañera de trabajo, una vecina o un conocido entre ellos, con lo que el duelo inicial social que podíamos haber tenido en un principio se ha ido convirtiendo en un duelo personal compartido. También aquí tendremos que aprender a transitar de otra manera.

Pero el tema que nos ha traído aquí hoy es el tema de las residencias. El tema de las residencias es y ha sido especialmente doloroso. A nivel nacional nos ha sacado las vergüenzas al sistema, todas hemos sido dolorosamente conscientes de la situación en la que se encontraban muchas residencias regidas por empresas con ánimo de lucro, tan al límite de su capacidad y condiciones que rápidamente han sido desbordadas por la situación. En Navarra no hemos vivido esto de esta manera, lo hemos vivido de otro modo, sin minimizar en absoluto las personas fallecidas, que siempre, aunque hayan sido o sean menos de las que han podido ser en otros sitios, son demasiadas. Siempre son personas, siempre hay detrás toda una historia, una biografía y siempre tenemos que tenerlas en consideración.

La situación de Navarra no es comparable. Desde el Gobierno Vasco hubo una clara inflexión en las características y condiciones residenciales, esto no quiere decir que se esté en la mejor de las condiciones, porque hemos sido conscientes de carencias, de áreas de ineficacia y,

desde luego, estructuras de coordinación claramente mejorables entre Salud y Derechos Sociales, es decir, que tenemos mucho trabajo para profundizar en este campo. Entre las cosas que ya hemos visto, aunque luego habrá que ir haciendo un análisis más profundo, vamos a resaltar algunas. Yo no voy a entrar en todas las medidas que se han ido tomando, que creemos que en la mayor parte de las veces han sido acertadas, pero sí vamos a ir señalando algunas zonas de ineficiencia en estas situaciones.

La asistencia sanitaria de las residencias tiene planteamientos desiguales. Hay residencias con servicios médicos propios, otras con servicios mixtos y otras que forman parte de la asistencia de Atención Primaria de Osasunbidea. El cómo se hace esta asistencia y de quién es la responsabilidad ha repercutido claramente, a nuestro entender, en la gestión de la crisis.

El tema sociosanitario es un área claramente mejorable. Ya el 18 de enero del 2019 se firmó un convenio de colaboración para la mejora de la asistencia sanitaria a las personas mayores en centros residenciales, lo mismo ocurre con las residencias de personas con discapacidad, pero no olvidemos una premisa, Osasunbidea es claramente el responsable de la salud en último término de todas las personas mayores, independientemente de dónde estén ubicadas, ya sea en su domicilio o en una residencia, es decir, esta es una de las cosas que primero tendremos que comenzar a revisar.

Pero tenemos una situación compleja, el mes y medio en el que hemos vuelto del revés la sanidad navarra. Pasado el primer momento de desconcierto que todos tuvimos en un inicio, no sabíamos cómo iba a evolucionar, Salud hizo un esfuerzo tremendo de organización y reorganización de las propias estructuras, un esfuerzo tremendo por dotarse de EPI y material de desinfección para su personal. Se han vivido momentos de cierta escasez puntual. Salud priorizó el sistema hospitalario, creemos que lo priorizó frente a Atención Primaria y las residencias pues estaban en el escalón más bajo y hubo momentos de desabastecimiento en las residencias. Creemos que esto también fue uno de los elementos negativos.

Se procuró un primer protocolo de actuación en las residencias ya el 21 de marzo, que lo valoramos especialmente, un nuevo protocolo en coordinación con el Departamento de Derechos Sociales. Entró en vigor el lunes 23 y se puso a disposición de los centros residenciales que contaban con diagnósticos positivos un refuerzo de personal de enfermería, además de los equipos médicos que corresponden a cada uno de los centros de salud de referencia, nos parece fundamental, y asimismo se les ofreció un equipo coordinador del que forma parte la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas y el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, perfecto, que organizaba las actuaciones correspondientes, perfecto, hasta aquí estamos totalmente de acuerdo. Ahora, sí somos críticos en que entendemos que inicialmente no se hizo una adecuada valoración del tema residencial, personas muy vulnerables, de edad, el coronavirus ha marcado la edad como uno de los elementos claves en la gravedad de su aparición, pluripatología, cúmulo de personas en un espacio relativamente pequeño, trasiego de familiares y personal.

Y otra cosa, las residencias no son un hospital en pequeñito, no son un medio hospitalario, son una casa, una residencia, por lo tanto, no disponen de las características suficientes para poder hacer aislamientos. A nuestro entender, mantener a los residentes a pesar de esto en las

residencias fue una buena propuesta, pero compartiendo esta toma de decisiones con las propias residencias y apoyando al personal sanitario en mayor medida.

Y otra de las cosas en las que somos críticas es el hecho de que si es un PCR a una persona residente..., y extrapolarlo a todos no fue una buena idea, ya sé que esto se corrigió rapidísimamente, pero no fue una buena idea inicialmente. Pero quizá el elemento en el que hay que seguir profundizando claramente es la coordinación. La coordinación es mejorable. Personas trabajadoras y responsables de residencias comentan que ha habido momentos en que estaban al límite, con muchas bajas entre las personas trabajadoras y que necesitaban más apoyo sanitario, que llegaba, pero llegaba dos, tres, cuatro días después en situaciones en las que estaban viviendo realmente al límite. Volvemos a lo mismo, coordinación, coordinación, coordinación. Protocolos. Desde el primero y los siguientes no se terminan de cumplir exactamente; coordinación y seguimiento. El tema de los test. El criterio de los test va variando, ya nos ha explicado la Consejera Induráin por qué va variando, entonces no voy a profundizar más en todo. El tema de las PCR creemos que ha funcionado bien en las residencias, y nuestra propuesta más importante es que tenemos que profundizar entre todos y hacer un espacio sociosanitario que nos ayude no solamente a salir ahora de esta emergencia sino que nos ayude a tener la mejor de las asistencias sociosanitarias para nuestras personas mayores. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señora Ansa. Continuamos con el Grupo Parlamentario EH Bildu. Tiene la palabra su portavoz, el señor González, por un espacio máximo de diez minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, lehendakari andrea. Arratsalde on guztioi. Buenas tardes a todos y a todas. En primer lugar, quiero mostrar mi respeto y mi solidaridad con todas las personas que se están viendo afectadas por esta enfermedad, también por los miembros del departamento que lo han sufrido en persona, deseo que se recuperen lo más rápidamente posible. Y luego me viene una reflexión, yo creo que era San Agustín el que decía aquello de si me analizo me deprimó y si me comparo, me exalto. Yo creo que hay algo intermedio, es decir, no todo lo que se ha hecho ha estado mal y, sin embargo, hay muchas cosas que se han dejado de hacer que se deberían haber hecho. Y eso es lo que a mí me habría gustado ver en esta comparecencia, es decir, haberme encontrado con un análisis de las cosas que mejor han funcionado y que se pueden mantener y todas aquellas que hemos tenido que ir adaptando, cambiando y que vemos que son imprescindibles si pensamos que desgraciadamente esta enfermedad va a convivir con nosotros durante muchísimo tiempo y de forma ya permanente de cara al futuro tanto próximo como lejano, esas medias son las que a mí me habría gustado haber conocido. Es decir, a nosotros y nosotras desde EH Bildu nos parece que el modelo de las residencias, tal y como estaba diseñado hasta ahora y que fue potenciado por Gobiernos anteriores —yo creo que también tendrían que hacer una reflexión sobre si no fue un error el que se cometió en su día al apostar por la privatización de las residencias de personas mayores y de discapacitados, ahí yo creo que hay mucho que hacer— es un modelo obsoleto, que es perjudicial para los usuarios de estos centros y que hay que buscar otros modelos alternativos que garanticen la atención y la calidad de la atención a los usuarios de las residencias.

No me gustaría hablar mucho de cifras, pero lo que ha dejado ver la gran mortalidad en las residencias es que si no ha habido una desatención sí que ha habido un fallo en los protocolos asistenciales, y un poco lo que comentaba la señora Ansa en el sentido de que sabemos, porque nos ha llegado información de muchísimas residencias o de algunas residencias donde los protocolos no se han activado o no se han sabido activar como correspondía, en otras muchas sí, afortunadamente, pero creo que eso también hay que revisarlo. Hoy creo que viene en la prensa una crítica de una asociación, la Asociación Navarra de Empresas Asistenciales, donde hace una serie de críticas al Gobierno de Navarra, algunas podemos compartir, pero lo que echamos en falta es una autocrítica también sobre su propia responsabilidad a la hora de gestionar estos centros. Y no estamos hablando de pequeñas empresas, estamos hablando de multinacionales, empresas que tienen capacidad y recursos para haber afrontado esta situación con muchísima mayor eficacia de lo que lo han hecho, y ahí es donde nos gustaría ver también a la acción del Gobierno, revisando y si es necesario quitando estas residencias a esos irresponsables, a esas personas, a esas empresas irresponsables que no han sabido gestionar como correspondía esta alarma y sepa este Gobierno que contará con nosotros y nosotras para buscar también esas responsabilidades. Las Administraciones probablemente han tenido que afrontar la complejidad de esta pandemia con poquísima información y les ha llevado a cometer errores, para nosotros uno de los primeros ha sido a veces cierta lentitud en las decisiones y ahí el estar igual excesivamente pendientes de un Ministerio de Sanidad que, por su estructura y por su experiencia, igual no era el mejor referente para marcar los protocolos y las directrices a trabajar. Creemos que los liderazgos en situaciones de alarma tan graves como esta tienen que ser compartidos. Creo que por parte del ministerio se tenía que haber dado un margen de confianza mucho más grande a las comunidades autónomas. Creo que eso habría sido eficaz y eficiente de cara a haber desarrollado iniciativas de carácter más local y más inmediato que habrían podido mejorar, no evitar pero sí mejorar, los datos con los que nos encontramos.

Con el ministerio además no coincidimos en muchas de las estrategias que están marcando. Todo es discutible, creo que esta mañana o ayer al responsable de salud pública alemán, que para nosotros puede ser una referencia de cómo hacer frente a esta pandemia por el número de test que están haciendo y por el grado tan bajo de morbilidad que tienen los contagiados, pero también había gente que le estaba acusando de ineficacia, le estaban incluso amenazando de muerte por no poner en marcha medidas que activaran la actividad económica. Es decir, todos los aspectos con los que se hace frente a esta pandemia pueden ser vistos de forma positiva o negativa según los intereses de cada grupo.

Para nosotros y nosotras los intereses como EH Bildu para afrontar esta pandemia son, sobre todo, garantizar tres cosas.

Primero, que el número de fallecimientos sea el menor posible y para eso creo que las medidas que a veces hemos exigido de confinamiento y de paralizar la actividad económica eran imprescindibles, se ha hecho cuando se ha hecho, creemos que se podía haber hecho antes, pero pensamos que dentro de lo que cabe no merece la pena mirar hacia atrás para ver si tenía que haber sido antes. Creemos que es una medida que funciona y que hay que respetarla.



Que la calidad de vida de la población sea lo más digna posible, sobre todo pensando que esto se puede alargar en el tiempo, mucho se puede alargar en el tiempo, y entonces hay que prestar especial atención a los colectivos más vulnerables, y ahí marcamos a todo el personal de las residencias, tanto de mayores como de discapacidad.

Y el tercer objetivo es ganar tiempo. Lo que está claro es que hasta que no tengamos una vacuna eficaz va a ser muy difícil poder controlar esta pandemia, pero lo que estamos viendo con el paso de las semanas es que los tratamientos médicos y las terapias que se están habilitando por parte de los especialistas cada vez son más eficaces y problemas que antes no se sabía cómo atender ahora se está, digamos, que aprendiendo a hacerles frente de una forma más eficaz. Tenemos que ganar tiempo y ganar tiempo significa que, si podemos evitar que una persona de una residencia enferme en un mes, seguramente va a tener muchas más posibilidades de sobrevivir o de que su enfermedad sea más leve que si sucede ahora, y ese es otro de los objetivos que nos hemos marcado, alargar, intentar evitar el contagio y retrasarlo lo más posible. Para eso hay que tomar unas medidas muy concretas y yo creo que desde los Departamentos, tanto de Salud como de Derechos Sociales, se tienen que implementar para las residencias, aparte de reforzar y garantizar, obviamente.

Quiero recordar hoy que es el día de la salud en el trabajo. Muchísimas trabajadoras y trabajadores, tanto de sanidad como del ámbito sociosanitario, se han visto afectados por esta enfermedad, probablemente muchos de ellos por realizar su trabajo en unas condiciones que no eran las óptimas y eso es algo que no nos podemos permitir. Tenemos que garantizar a todos los trabajadores y trabajadoras los recursos para ir a trabajar con garantías para su salud y eso es algo que también me gustaría que por parte de la Consejera se pudiera adelantar, nos gustaría saber que todos los equipos de protección individual y todos los protocolos se están aplicando de forma rigurosa, que tenemos formas de aprovisionar a todas estas trabajadoras y trabajadores a lo largo del tiempo, por lo menos calculando la existencia de una vacuna que puede ser de dieciocho meses o dos años, y eso si puede ser además a través de aprovisionamiento de entornos empresariales más cercanos, incluso si son navarros, pues también nos parece que garantizaría que esa piratería de estos recursos sanitarios que a veces a nivel del mercado está dando pues no tendría tantos problemas, y se pudiera mantener ese aprovisionamiento de nuestras empresas y de nuestras residencias y de nuestros hospitales.

Esos serían yo creo que tres objetivos que nos deberíamos marcar y con los que me gustaría coincidir. Nada más, muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. A continuación, por parte de Podemos Ahal Dugu, tiene la palabra su portavoz, el señor Buil, por un tiempo máximo de diez minutos.

SR. BUIL GARCÍA: Muchísimas gracias, Presidenta, y bienvenidos a la Consejera y equipo. Quiero trasladar también desde nuestra formación el agradecimiento no solo a la labor que está desarrollando el Ejecutivo en esta situación de emergencia sanitaria, sino también a las trabajadoras y trabajadores de las residencias, que es lo que hoy nos ocupa, y también evidentemente nuestro pésame y condolencias a todas las familias que han perdido a alguien en esta situación de pandemia, de emergencia sanitaria.

Compartimos muchísimas de las afirmaciones que han hecho la mayor parte de los grupos parlamentarios y empezaré por una con la que concluía la señora Fanlo, que esta pandemia ha visibilizado las carencias, que ya venían diagnosticadas, en las que hay diferentes acuerdos políticos y en las que creo que es evidente que tenemos que profundizar para consolidar precisamente lo que venimos diciendo desde hace años, que hay un sistema sociosanitario sobre el que muchas veces habremos discutido sobre él, pero en la práctica nos cuesta mucho conceptualizarlo y poner un órgano o una entidad que se encargue de esta perspectiva que tiene que ver mucho con lo comunitario también.

Compartimos también con el portavoz de Euskal Herria Bildu esta forma de gestión que hemos venido arrastrando y en la que en los tiempos actuales se han introducido multinacionales, se han introducido fondos de capital riesgo, se han introducido beneficios empresariales dentro de un área que lamentablemente lo que supone es restar cuidados, restar condiciones a fin de obtener cierto beneficio.

Creemos que en Navarra hemos tenido también durante la legislatura pasada bastantes discusiones en este ámbito, hemos recibido a trabajadores y trabajadoras agrupadas y con mucha queja también respecto a las diferencias que se dan entre el ámbito público, el ámbito concertado o el ámbito el ámbito privado. Creo que será consenso que esta miscelánea de gestiones y de residencias diferentes, con diferentes tamaños, etcétera, es un ámbito de muy difícil coordinación, y ahí hemos podido tener ciertos retrasos en lo que supone una coordinación, y que este es el ámbito, el ámbito sociosanitario, en donde tenemos que profundizar a fin de poder tener en casos como este de tanta urgencia órdenes claras y también cumplimiento estricto.

Ha habido muchas cuestiones durante estos años que nos han aparecido en las residencias y a las que tal vez no se les haya prestado la atención oportuna. Creo que mañana vamos a tener una comparecencia con la Consejera de Derechos Sociales en donde podremos hablar mejor de estas faltas que se han venido denunciando de determinados profesionales especializados en la atención por parte de enfermería, la laxitud en las condiciones de trabajo, el papel de las geroculturas y las múltiples funciones que tienen que cumplir, más allá de su labor específica Y también habrá que hablar de inspección ¿verdad?, de inspección laboral y también en este sentido de salud laboral para poder mejorar las condiciones dentro de las residencias.

Estamos seguros de que todo esto ha dificultado la labor que este Ejecutivo ha tenido que desarrollar, una labor diaria en la que nadie les va decir que han dejado de actuar, han estado constantemente activos, supongo que veinticuatro horas, y creo que dentro de lo que cabe han abarcado la mayor parte del problema.

Es cierto que hemos recibido prácticamente todos los grupos, seguro, determinadas quejas de profesionales, de trabajadores porque no llegaban los medios de prevención. En las residencias pequeñas, y aquí quiero aquí hacer una aportación desde nuestro grupo, centrémonos también en esas residencias pequeñas, hemos visto mucha intervención en residencias con quinientos residentes, vamos a ver qué pasa también con las de treinta y dos, treinta y tres, una vez que tenemos más o menos controlado el ámbito más importante en cuanto a cantidad de personas.

Nosotros creemos que estas sesiones de control que ya hemos emprendido corren un riesgo, que es el riesgo de que el Ejecutivo y los grupos que lo sustentamos no hagamos más que poner a la luz las virtudes y las cosas que se han hecho bien y la oposición, de alguna manera, caiga en ver solo lo malo. Nosotros creemos que la visión tiene que ser integrada, que estamos en un momento muy complicado todavía y que, por ejemplo, infundir la confianza que, desde luego, nuestro grupo tiene en los técnicos, en el trabajo que ustedes están desarrollando en esta fase de la desescalada no tiene que ver con un partido político o no, sino con responsabilidad pública y vocación pública. Nosotros hacemos nuestras aportaciones con un ánimo constructivo y con el objetivo de poner en la palestra cuestiones que recibimos como partido arraigado en el territorio que recibe información.

En este sentido queremos que valore la Consejera esa reivindicación que se hace también desde algunos centros residenciales. También hemos escuchado a familiares, bueno, a pacientes no, sobre la soledad en la que se encuentran los residentes desde hace un mes y pico, esa soledad, ese efecto que tiene sobre su salud, sobre su estado de ánimo, sobre sus propias patologías y también sobre sus familiares, que están preocupados, que sienten impotencia. Cómo vamos a poder ir mejorando que estas personas puedan tener el contacto necesario con sus familias para también mejorar su estado de ánimo. El asterisco que tenía aquí es soledad. Me gustaría que pudiera referirse a ese ámbito y si podemos ir articulando medidas de contacto de forma controlada.

También nos hacemos una pregunta de si es conveniente o no que se realicen test PCR a todos los residentes, esto también me gustaría que me lo aclarara porque vemos unos datos muy importantes de pruebas en los casos que son positivos, y lo que nos gustaría saber es si esto es conveniente o no porque nosotros no somos epidemiólogos, pero sí que desde un punto de vista de sentido común parece importante ver si tenemos una residencia donde las personas están sin contagiar y se puede decir que está limpia de coronavirus, a fin de ir trabajando también residencia a residencia.

Esperamos que con esta crisis también podamos hacer un esfuerzo para que la situación de enfermería en las residencias tengan una presencia mayor, sabemos que tienen una presencia temporal variable en función de los residentes, tal vez el rol de enfermería deba estar más presente sin medicalizar, en eso lo compartimos todos, pero sí que nos llegaban quejas, como le he dicho, de gerocultoras haciendo una serie de labores que serían más propias de una especialización en enfermería, de una forma mancomunada, pero dentro de las residencias.

He terminado, así que muchas gracias. Mucho ánimo, como siempre, y me parece que nos veremos constantemente a partir de ahora.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor Buil. Para finalizar el turno de las diferentes portavoces tiene la palabra, por parte del Grupo Mixto-Izquierda-Ezkerra, su portavoz, la señora De Simón, por un tiempo máximo de diez minutos.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Muchas gracias, señora Presidente, eskerrik asko, buenas tardes, arratsalde on a todas las personas que hoy compartimos esta sala y también a quienes nos están viendo telemáticamente. Quiero dar la bienvenida en especial a la señora Induráin, al señor Carpintero y a la señora Ariztegui, y quiero transmitirles nuestro agradecimiento y el

reconocimiento de Izquierda-Ezkerra por la labor tan importante que están haciendo desde el Departamento de Salud, que es en quien en principio ha recaído la máxima responsabilidad para atacar a esta enfermedad, para buscar respuestas a esta enfermedad.

Quiero también, como hago en todas las ocasiones porque creo que además es lo que debo, mostrar mis condolencias a todas las personas que han perdido a familiares y a amigos y amigas, el apoyo a todas estas personas que ahora mismo están enfermas y a las que van a enfermar, porque van a enfermar más personas, sin duda, y desearles una pronta recuperación.

Quiero agradecer también a todo el Departamento de Salud, a los profesionales sanitarios y a todos y todas las trabajadoras y trabajadores que nos permiten hoy, por ejemplo, estar aquí en condiciones de seguridad y que nos permiten pues llevar la comida a nuestra casa, en fin, lo cual nos permite llevar unas condiciones de vida bastante aceptables.

Una cuestión previa y es que la posición de Izquierda-Ezkerra es de total apoyo al liderazgo tanto del Gobierno del Estado como del Gobierno de Navarra en esta situación. Hay que tener en cuenta que es una crisis sanitaria no conocida, de una envergadura no conocida hasta el momento, y además en un contexto de estado de alarma. Por lo tanto, nosotros creemos que el liderazgo tiene que ser compartido, tiene que ser un liderazgo tanto del Gobierno del Estado como del Gobierno de Navarra y, evidentemente, el Gobierno de Navarra lo que tiene que hacer, y el Departamento de Salud, es aprovechar al máximo las condiciones y los recursos que tenemos. Yo creo que estamos en una posición no voy a decir privilegiada, pero sí una posición mejor quizás que algunos otros lugares del Estado.

Por cierto, que se han cometido errores, seguro, pero yo particularmente, Marisa De Simón, si viene a esta Comisión es con idea en todo caso sí de reconocer errores, de ver errores, pero con la idea de superarlos, de no volverlos a cometer y de establecer líneas nuevas de actuación para evitar posibles futuros errores, que no tengo ninguna duda de que alguno se cometerá porque la situación es incierta, o sea, no se nos puede olvidar que seguimos en un estado de alarma y no se nos puede olvidar la situación de incertidumbre, porque aún no conocemos ni el comportamiento del COVID-19, no conocemos el comportamiento de este virus, pero también es cierto que cada vez sabemos más cosas y cada vez tenemos la oportunidad de hacer las cosas mejor en función de los descubrimientos que se vayan haciendo.

El asunto de las residencias es un asunto preocupante. Decía la señora Ibarrola que el sistema sanitario no estaba preparado, lo decía y tiene razón, nadie estaba preparado, nadie estábamos preparados para una situación así, lo que sí que sabemos, supimos enseguida, es que este COVID-19 iba afectar con mayor dureza a las personas mayores, que iba a afectar con mayor dureza a aquellas personas que tenían otro tipo de patologías, que iba a afectar con muchísima más dureza sobre todo a esas personas mayores que en general son pluripatológicas. Y en el caso de las residencias es que además se da una circunstancia muy particular y es que viven en comunidad, hay un montón de personas que viven en comunidad y, evidentemente, esto se iba a dar.

¿Que no se ha actuado con la suficiente rapidez? Pues miren, yo ni me atrevo a decir eso, ni me atrevo a decir si fue tarde. Evidentemente, vistos los resultados se podría haber actuado

antes pero ¿teníamos los suficientes recursos para haber actuado antes en residencias?, ¿tenía que haber sido en detrimento de los recursos que se han implementado en el Complejo Hospitalario de Navarra? Por lo tanto, esto lo haremos después y les aseguro, creo además que me conocen muy bien, que me lo miraré al dedillo y todo lo que haya que analizar lo analizaremos con mucho rigor, pero en definitiva lo que toca es mirar hacia adelante.

Sigue habiendo muchos riesgos para las personas residentes en residencias, para las personas que están en los hospitales, por cierto, también aprovecho para preguntarle por las personas que viven hacinadas en pisos, porque de la misma manera que ocurre en las comunidades religiosas, que se da esa circunstancia de que viven muchas personas en un entorno común, ocurre también en algunos pisos en particular, lo que yo conozco en Pamplona y en algunas de la Ribera, que ahí no sé si tienen previsto también intervenir de alguna manera.

Decía eso, que nos pilló desprevenidos, que todavía desconocemos muchas cosas sobre el comportamiento del virus, pero es que también nos pilló con un sistema sanitario público muy deteriorado y muy debilitado por los recortes ocurridos en años anteriores, y eso no lo podemos olvidar. Yo no pensaba en esta intervención hacer revisión pero, claro, les he oído a todos ustedes y creo que corresponde. También es verdad que en Navarra, miren, no hemos estado, no nos ha pillado con un sistema, por ejemplo, tan debilitado como el de Madrid, que tiene privatizado gran parte de los hospitales y así les ha ido.

Y también en todo lo que se refiere a la protección social, dependencia, residencias, etcétera, sectores privatizados, trabajadores y trabajadoras en precario que vienen también de recortes en una situación que de ahí yo creo que sí hemos aprendido y tenemos que aprender. Es fundamental reforzar los servicios públicos, en particular el sanitario, y reforzar también todos estos sistemas de protección social.

Decía la señora Ibarrola, que respeto su opinión, pero decía liderazgo, unidad y transparencia. Yo, particularmente, creo que el liderazgo existe y ha existido. La unidad, en general, creo que también, yo por lo menos he tenido la oportunidad de poder aportar, valorar y decir en cada caso lo que consideraba. Y transparencia también, desde mi punto de vista creo que el Departamento de Salud, y el Gobierno de Navarra, está siendo sumamente transparente. Bueno, yo no soy de alagar, quiero decir que si digo esto es porque lo considero así. ¿Que podía haber habido más participación? Seguro. ¿Que podía haber habido más anticipación? Seguro. ¿Que podía haber habido más grado de decisión? Seguro, pero a toro pasado. Yo insisto, no me atrevo en estos momentos a hacer una valoración sobre lo que se ha hecho hasta el momento más que en los aspectos positivos y en aquellos negativos, como es el caso, de las residencias que hemos podido ver.

En todo caso, creo que no hay que olvidar que ha habido una falta de material de protección, ha llegado defectuoso, pero es que no ha pasado solo en Navarra, es que ha pasado en la mayor parte de Europa y eso ha sido algo tremendo, y esto también nos da otro tipo de enseñanzas, ¿por qué nuestro sistema productivo no estaba preparado para elaborar, procesar y producir todo este material? Esa es otra buena pregunta que ahora no podemos solucionar.

Por lo tanto, en un contexto de incertidumbres yo estoy de acuerdo con la intervención del señor González de que ahora se trata, como se hizo en su día con las medidas de confinamiento y todo lo demás, de retrasar esos contagios, de controlar esos contagios, porque mientras el virus esté ahí los contagios van a estar. Por lo tanto, como todos y todas sabemos que hay que compaginar todo lo que tiene que ver con la economía y todo lo que tiene que ver con la protección, pues ahí vamos a estar teniendo en cuenta que la salud de la ciudadanía es lo primero.

Por lo tanto, mi pregunta es qué más se puede hacer porque si tuviera más propuestas les aseguro que las haría, que más se puede hacer, y mejor a partir de ahora, más de lo que se está haciendo. Mi pregunta es la que le he hecho, señora Consejera, en relación con los pisos en los que viven niños, niñas y familias hacinadas.

Y si en estos momentos tenemos material y recursos sanitarios suficientes porque, mire, en relación a los test masivos yo particularmente me doy por respondida en relación a qué test hay, cuándo hay que hacer cada uno, para qué se hacen y a quién, yo me doy por respondida, lo que me preocupa es si tenemos en estos momentos el material suficiente para garantizar que todas las personas que necesiten test o podamos necesitar una mascarilla determinada pues los podemos tener.

Y termino haciendo un llamamiento a toda la población en general, porque lo de las mascarillas, en fin, ya uno si se la pone pues que se la ponga de verdad, que no se la ponga en la cabeza y luego se la vuelva a poner en la cara, hago una pequeña recomendación porque lo he visto cuando voy al supermercado y, bueno, Ana ha contado esta mañana un par de anécdotas y creo que esta es una cuestión seria, para llevar una mascarilla de adorno mejor no llevarla. Nada más y muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora De Simón. Para finalizar este primer punto, damos de nuevo la palabra a la señora Consejera por un tiempo máximo de diez minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): La verdad es que agradezco sus intervenciones, agradezco la empatía demostrada y el carácter constructivo. Efectivamente, a mí me ha parecido importante contar lo que se ha hecho porque no siempre es del todo conocido y, sobre todo, porque entiendo que hay que hacer, hacemos y tendremos que hacer autocrítica, asumo responsabilidades, pero también me parece importante el poner en valor a profesionales de los equipos que han estado trabajando y que se conozca.

Por supuesto que en lo que han comentado en la atención sanitaria siempre hemos transmitido, desde el primer momento, de todos los ciudadanos y ciudadanas navarras desde el Departamento de Salud. Inicialmente en este tema se contemplaron setenta y un centros residenciales de personas mayores y cuarenta y uno de discapacidad, pero posteriormente esto se fue ampliando y adaptando a otro tipo de centros que, aunque no fueran plazas que estuvieran concertadas con el Departamento de Derechos Sociales, sí que también estaban en nuestra Comunidad y, de acuerdo con el criterio de mayor vulnerabilidad ante el COVID-19, derivada, como estaba comentando ahora la representante de Izquierda-Ezkerra, en diversos tipos de comunidades. Hemos comentado de religiosas y religiosos mayores, de menores, los

de discapacidad ya he dicho, pero también hogares diversos en los que se da esta masificación. En este momento desde la Gerencia de Atención Primaria y desde esta coordinación que se está realizando se atienden doscientos setenta recursos, precisamente contemplando todo esto, independientemente de que haya otro tipo, como saben que ha habido, como la Residencia Fuerte del Príncipe, u otro tipo de recursos que comentarán mañana precisamente para familias que no podían tener, por las realidades que estaban viviendo, situaciones de aislamiento.

No voy a nombrar el tema otra vez de lo del médico de referencia en cada equipo ni tampoco voy a entrar en si las ruedas de prensa podían haber sido de una manera o de otra, sí que nos pareció importante que fueran profesionales a contar lo que estaban haciendo y en este aspecto les comento, porque me pareció muy importante, cuando un profesional que lleva treinta años trabajando en una zona básica, en concreto en la de Tafalla, que tiene cuatro residencias, fue a contar cómo seguía trabajando, atendiendo en las residencias a los pacientes que eran suyos de siempre y decía: no son nuevos, son nuestros pacientes. Y, desde luego, desde aquí me sumo a todas las trabajadoras y trabajadores sociosanitarios, que me consta que han sufrido mucho y que emocionalmente han tenido situaciones muy duras con aquellos residentes a los que llevaban atendiendo y en un medio donde muchas veces el contacto físico y la transmisión..., no me extendo porque sé que ustedes son totalmente conscientes de ello. Entonces, el que se transmitiera esto no es que lo diga yo ahora, no, no, lo contaron ellos y no voy a incidir.

¿Alguna cuestión nueva? Pues, por ejemplo, el tema de que hubiera un responsable por residencia en Atención Primaria y que fuera el que cada día se coordinaba con el centro residencial, que era el interlocutor con una figura del servicio de geriatría que ha sido nueva, que es el gestor de casos, para valorar si había usuarios o residentes que en función de su situación necesitaban una hospitalización a domicilio o se derivase al ámbito hospitalario o qué tipo de proceder. En la medida en que se incorporaron profesionales de geriatría a equipos de hospitalización a domicilio, se trabajó de forma conjunta y también apoyaban a estos equipos sanitarios de los propios centros residenciales, bien como he comentado de derivación o para tratamientos de soporte o para tratamientos paliativos. Entonces, el tema de coordinar, el tema de cuidados con enfermería, de que cada residencia por medio de este médico transmitiera al responsable de la Gerencia si se iba a tener que poner, porque también al principio cuando a nivel de las residencias se constituyó un responsable por cada una, cada equipo elaboró un plan de contingencia, lo mismo que elaboramos en global, poniéndonos en todos los escenarios que pudieran derivar y que no sabíamos cómo iban a ser.

Ya han nombrado el número de profesionales que se han contratado desde Atención Primaria, de enfermería, de médicos, de técnicos, y que aún continúan, en este momento hay veintisiete enfermeras y un médico, y también de hospitalización a domicilio en este medio, que antes no se hacía, ha habido en veinticuatro residencias distintas, ciento setenta residentes que han estado en esta modalidad.

Aunque luego en la comparecencia siguiente, la de las pruebas diagnósticas, pero como este es un ámbito en el que claro que hemos ido modificando en la medida como ustedes comentaban, es que han ido cambiando evidencias, hemos ido conociendo más, los expertos,

los científicos, nosotros, desde luego, yo creo que sin hacer caso a esto seguro que lo hubiéramos hecho peor que lo que lo hemos hecho. Y en el tema de las de las pruebas diagnósticas, en el ámbito residencial sí que ha tenido desde el principio un tratamiento especial porque fue lo siguiente que en cuanto tuvimos más medios diagnósticos, después del ámbito hospitalario con pacientes más graves, después de los profesionales a los que debíamos cuidar, y que allí los socios sanitarios fueron profesionales que equipamos a los sanitarios en este tema del circuito, lo mismo para el alta, nuestro departamento lo tuvo muy claro, o sea, profesional sanitario y sociosanitario para reincorporarse a su medio, PCR para el alta; si no, no se incorpora Y, en el medio sociosanitario, desde luego, qué duda cabe de que ha sido tan necesario.

Entonces, PCR, que hemos comentado las que se han hecho y luego hemos seguido con los test rápidos y ha habido una realidad: por ser precisamente un medio de tan alta prevalencia, los test rápidos que tenemos no discriminan en este momento IgG e IgM, ya entraremos luego, pero ustedes saben que este tema de sensibilidades, de especificidades es muy complejo, pero, bueno, nos han permitido detectar doscientos setenta y ocho residentes asintomáticos, que no tenían y que resulta que tenían, y porque, además, siempre que nos salía positivo en un test rápido de este tipo se hacía PCR para asegurarnos de si estaba con una infección activa. Entonces, ¿cómo seguimos en este tema, aunque luego ya me extenderé más? Pues en pacientes que tengan síntomas, por supuesto, pero damos otro paso, en residentes..., bueno, algunos de estos ya se están haciendo, no son novedosos. Residentes que van a ingresar de nuevo en una residencia, pues si la PCR da negativa, le haremos un test de anticuerpos también. ¿Cuál? Ya comentaremos luego lo del estudio de seroprevalencia, etcétera. Residentes que en este momento están asintomáticos, imaginemos una residencia que está bien y tiene dos casos, igual hay residentes que tenían un test de anticuerpos negativo, pues les haremos también PCR para asegurarnos.

Quiero decir que en este medio vamos a ser, y con base en lo que comentaremos luego de una hoja de ruta y de una estrategia, más ambiciosos, porque ahora tenemos medios y esto se ha ampliado y, por ejemplo, residentes —ya se ha comentado antes— que vuelven de Félix Garrido o de otra residencia; residentes, y esto se puso creo que hace diez días, porque nos estaban comentando desde los centros de discapacitados que los residentes discapacitados al estar aislados estaban sufriendo mucho, tienen otro tipo de funcionamiento que todos entendemos y entonces se estableció con criterios generales que a todos los residentes que estaban aislados porque, efectivamente, se había confirmado que tenían una PCR positiva porque habían tenido síntomas, para salir de ese aislamiento les hacemos PCR. Esto no es de hoy, sino que ya se lleva haciendo desde hace unos diez días.

En cuanto a los profesionales, que he comentado, el objetivo que tenemos en esta hoja de ruta, lo digo porque esto sí que es verdad que no se ha hecho, se ha hecho lo que he comentado, que antes de incorporarse al trabajo a los afectados se les hace PCR, de acuerdo, pero también tenemos profesionales asintomáticos a los que, lo mismo que en el caso de los residentes, si les hemos hecho un test de anticuerpos y ha dado positivo, PCR, porque realmente nos hemos llevado sorpresas, pero también a profesionales nuevos que vayan a entrar a trabajar a estos también les vamos a realizar PCR y, según qué situación haya de media, de moderada o de alto riesgo, le haremos también test de anticuerpos.



Algunas situaciones de estas ya se han hecho, por ejemplo, en la residencia Nuestra Señora de la Gracia, de Tudela, donde se habían confinado, y a la hora de cambio de personal a los treinta profesionales que entraban nuevos se les hizo a todos PCR a la hora de entrar, porque no había ningún caso en la residencia. Ya desarrollaremos esto más en la comparecencia siguiente.

Para finalizar mi intervención, les señalaré, desde luego, mi convencimiento de que vamos a asistir a un impulso de la coordinación, coordinación muy necesaria. Yo no eludo la crítica ni, desde luego, la autocrítica, porque me parece, además, que cuando hay carácter constructivo construimos entre todos, me parece que la coordinación entre todos los ámbitos interdepartamental y con los centros residenciales va a ir a más y me parece que, en ese sentido, que la orden foral del 18 de abril recogiera que establecíamos... No porque no se hiciera, porque me consta que los directivos de mi equipo, que están ahora aquí, aunque no estaba el nombramiento por orden foral, muchas de las funciones, la gran mayoría —ahora lo que hay es una coordinación ejecutiva— se estaban realizando, y la verdad es que quiero agradecerse.

Planteamos, desde luego, un abordaje integral del espacio sociosanitario, en el que sí que tenemos esta trayectoria y esta necesidad de colaboración interdepartamental y con entidades locales también. Esta es una de las lecciones que yo creo que nos está dejando esta terrible epidemia, que nos está obligando a reinventar nuestro modo de hacer.

En cuanto a otros temas, y voy contestando, es verdad que ha habido situaciones en las que el tema de suministros ha estado complicado. Como han comentado, ha habido cierre de mercados, situaciones, se ha comentado también la solidaridad que ha habido, sí que les he de decir que en este medio los criterios que se han utilizado han sido los mismos que los de los equipos de Atención Primaria. Se estaba atendiendo a pacientes COVID y a pacientes con sospecha en los centros de salud y en centros residenciales, y aparte ha habido una solidaridad muy de agradecer, desde luego, y que la sociedad civil nos ha dado un gran ejemplo de corresponsabilidad, por supuesto que también. Hay lecciones, desde luego, que tendremos que atender y valorar y, desde luego, reconocer, además, lo positivo. Y, bueno, probablemente quizás habrá otras cuestiones de reflexiones que yo entiendo que ahora no es el momento, reflexiones sobre nuestro modelo residencial. Bueno, eskerrik asko, muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, Consejera.

**Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para exponer la planificación y calendarización de la realización de las PCR y test masivos para la confirmación de infección por virus SARS-CoV-2, así como de estudios de seroprevalencia que se vayan a realizar, los recursos humanos y materiales habilitados para ello y las condiciones en las que se están haciendo y se prevé hacerlo.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Pasamos al segundo punto del orden del día, dando la bienvenida a la señora María Ángeles Nuin Villanueva, Directora Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Bienvenida a este segundo punto, un segundo punto que trata de que la Consejera de Salud exponga la planificación y la calendarización de la realización de las PCR y test masivos para la confirmación de infección por virus SARS-COVID-19, así como

estudios de seroprevalencia que se van a realizar, los recursos humanos y materiales habilitados para ello y las condiciones en las que se están haciendo y se prevé hacerlo. Este segundo punto ha sido solicitado por los Grupos Parlamentarios Navarra Suma y EH Bildu, por lo tanto, tiene la palabra, en primer lugar, el portavoz de EH Bildu para explicar los motivos de la solicitud de comparecencia.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Buenas tardes otra vez a todas y a todos. Durante estas semanas yo creo que han sido una vorágine todas las referencias a las distintas pruebas diagnósticas que se están utilizando como herramienta para detectar el COVID-19 en nuestra sociedad. Yo creo que hay aspectos que más o menos teníamos claros de lo importante y de lo interesante que era detectar lo más precozmente posible esta enfermedad para poder tomar medidas de aislamiento y cuarentena de los pacientes afectados y también poder actuar en sus entornos para evitar la extensión de la enfermedad. Desgraciadamente, nos encontramos con que el virus estaba demasiado extendido como para hacer esa política de contención y había que optar por otras medidas como ha sido la del confinamiento. Sin embargo, ahora estamos en una nueva situación, parece que estas herramientas de diagnóstico y de conocimiento de seroprevalencia de la enfermedad pueden ser muy útiles y nos gustaría conocer al detalle cómo se quieren implementar por parte del departamento. Creemos que es una herramienta que tiene que tener muchísimo protagonismo en esta nueva fase y nos gustaría conocer al detalle todas las estrategias que se pretenden implementar por parte del departamento. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor González. A continuación tiene la palabra también para explicar los motivos de la solicitud de comparecencia la portavoz de Navarra Suma, la señora Ibarrola.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Muchas gracias, Presidenta. Toda estrategia que pretenda contener esta pandemia tiene dos pilares críticos: primero, la realización de test masivos que permitan identificar y aislar precozmente los casos positivos y, segundo, el desarrollo de sistemas de identificación, aislamiento y seguimiento de contactos. Es lo que han hecho los países que más éxito han tenido. El ejemplo claro que está siguiendo prácticamente todo el mundo es el de Corea del Sur, y los resultados ahí están: cincuenta y un millones de habitantes, doscientos cuarenta y tres fallecimientos en todo el país.

El número de pruebas de confirmación realizadas en Navarra hasta la fecha ha resultado insuficiente y ha llegado tarde, y hay varias pruebas de ello: primero, las catorce mil personas que han permanecido aisladas sin conocer si lo que tenían era o no COVID-19; segundo, profesionales sanitarios y sociosanitarios asintomáticos que han podido estar transmitiendo la enfermedad a veces a sus familias y también sin conocerlo, y, tercero, las personas de los centros residenciales, que ya hemos comentado en la anterior comparecencia, a las que no se han realizado pruebas a tiempo para realizar los tratamientos preventivos.

Comentaba antes la Consejera que vamos cambiando, y lo comparto, vamos cambiando porque hay mucha incertidumbre, pero es que el 16 de marzo se implantó un protocolo que decía que no había que hacer pruebas excepto a los graves y al personal sanitario, porque entendíamos que había transmisión comunitaria, y ese mismo día fue cuando la OMS dijo aquello de test, test, test, y al día siguiente corrigió el Ministro y nos prometió esos test

serológicos para toda España, test que han estado absolutamente rodeados de polémica: primero hubo que devolverlos porque eran fallidos, los siguientes también y a la tercera parece que va la vencida, se reparten, pero siguen teniendo problemas: no diferencian entre infección activa e inmunidad, tienen muchos falsos negativos y no están generando confianza ni fiabilidad en nuestros profesionales sanitarios. Parece que ahora cuestionan los test masivos, la Presidenta dijo categóricamente el domingo: «Se harán pruebas únicamente a personas con síntomas». Volverían equivocarse, están a tiempo de rectificar.

Pero no olviden que la cuestión fundamental por la que hoy está compareciendo es: sabemos que Navarra tenía capacidad de realizar muchas más pruebas PCR que las que se han hecho, ¿por qué no se hicieron antes? Hoy tiene que explicar por qué no realizaron un mayor número de pruebas antes y por qué no han utilizado desde el primer momento la máxima capacidad que tiene Navarra con recursos públicos y privados, y así testar precozmente al menos a todas las personas con síntomas, a contactos, a personas vulnerables, a personas en residencias y a todos los profesionales sanitarios y sociosanitarios. Hay desconcierto, incertidumbre y cierta indignación en la opinión pública.

Yo, para terminar, les diré que me alegro sinceramente de que la visión de la señora De Simón sea otra, la que he relatado es nuestra vivencia: para nosotros transparencia es contestar en las ruedas de prensa respuestas concretas a aquello que se pregunta y trasladarnos respuestas concretas y documentos concretos que hemos ido solicitando a lo largo de las diferentes semanas. Nada más, muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Gracias, señora Ibarrola. A continuación, tiene la palabra la señora Consejera para la exposición de este segundo punto por un tiempo máximo de treinta minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Buenas tardes de nuevo a todas y a todos, arratsalde on. La verdad es que me parece importante estar aquí en este foro porque este foro no solo es el de la información a sus señorías, que por supuesto, sino también, como antes se ha comentado, a la población en general, y toda la información es poca en los tiempos en que vivimos, o es mucha, según como se mire, porque a veces además las palabras son: «vamos cambiando», lo que podría parecer que es negativo, que no vale, y otras cuestión es «vamos adaptándonos», «vamos ampliando» o «solo se van a hacer», pero si no se dice qué, efectivamente, eso queda muy sesgado. Entonces, bueno, yo esto lo valoro como positivo comentarlo través de ustedes, que son representantes legítimos.

Por esto, aunque muchas de las cuestiones ya nos las habrán escuchado decir en otros foros, en otros momentos, en otros soportes, permítanme que quizás me acerque, luego habrá una parte más técnica, pero que me acerque en un tono divulgativo a este asunto de las pruebas y de los test, que ha despertado un notable interés entre la población. Quizás algunos de los conceptos pueden resultar muy científicos y técnicos y otros quizás demasiado llanos, pero creo que es una buena ocasión para repasar ideas y claves antes de responder a sus preguntas o a peticiones de datos y, por qué no, a las críticas.

Si algo hemos aprendido en estos dos meses de crisis sanitaria, en la que, desde luego, como todos saben, todo el departamento, lo mismo que los profesionales, están trabajando mucho

pero en continua actualización, en un proceso, como ya se ha comentado, de aprendizaje continuo para todos, y en el que en cada momento se elige la mejor de las opciones posibles, en nuestro caso contando con los expertos, contando con profesionales pero teniendo que tomar decisiones que lo peor sería no haberlas tomado. Como he comentado, con aciertos y con errores, con críticas y con autocríticas, pero tratando siempre de aportar lo mejor de las soluciones. Y esto creo que es de aplicación general también, porque por encima de las diferencias todos y todas estamos por construir soluciones ante el enorme reto social, político y económico del COVID-19.

Volviendo al tema de esta comparecencia doble, creo que hay que reiterar una idea básica que ya ha salido, porque para nosotros es muy importante un buen sistema de vigilancia, de seguimiento, de control y de información. Es fundamental para abordar el COVID-19 en todo momento, y lo ha sido en la fase más dura de la pandemia, de la que venimos, para cortar la transmisión comunitaria de la infección y allanar la famosa curva de contagios, dando tiempo a que el sistema sanitario pudiera responder y pudiera asumir los casos más graves sin colapsar. Este doble objetivo parece que se ha cumplido a la vista de que, pese a que cada vez se hacen más pruebas y se hacen más test, el número de contagios desciende y los datos de hospitalizaciones, de altas y de UCI son datos esperanzadores. Antes se ha comentado el santoral, hoy también es San Prudencio y, desde luego, debe presidir toda nuestra actuación porque la prudencia para nosotros y para todos como sociedad es importantísima.

Siguiendo un poco con la línea temporal, el sistema de vigilancia y de detección precoz es fundamental en la actual fase en la que estamos preparando y desde luego que, por supuesto, la participación, cómo no, y agradezco que se haya explicitado, y, desde luego, también es, por supuesto, nuestra intención hacia esta desescalada, hacia esta fase de transición con un desconfinamiento que debe ser progresivo por un doble motivo, porque, por un lado, es muy importante comprobar que tenemos este sistema de detección precoz y de capacidades de rastreo, que lo tenemos desde la semana pasada para esta detección precoz para todo paciente con síntomas, no ya como antes, que era en el medio hospitalario, en los profesionales, en el sociosanitario, también en Atención Primaria. Ha sido obvio que hemos tenido, en esta etapa de confinamiento, cuando no teníamos, como ahora tenemos... Efectivamente, para todo paciente, a todo ciudadano o ciudadana navarra que vaya con síntomas de más o menos gravedad, desde leves a Atención Primaria y, por supuesto, a los servicios de urgencias claramente se le va hacer una prueba de diagnóstico. Cuando no teníamos, en esa fase, se tomó una medida muy protectora, efectivamente, que era la de decirle al ciudadano: es un caso posible, puede tener, aislase, y con un seguimiento, como ya se ha destacado, y con un papel muy importante de la Atención Primaria.

Por otro lado, es muy importante que esta detección nos permita, con este estudio de contactos, detectar un posible rebrote que quizás nos lleve a replantearnos alguna medida y, por otro lado, porque si somos capaces de realizar un buen chequeo y un estudio de prevalencia y del grado de inmunización de la población, estaremos también conociendo más de este desconcertante virus y anticipando medidas de asistencia y de prevención ante futuros escenarios.

Finalmente, este sistema de vigilancia será muy importante en un futuro cada vez más cercano, es decir, si todo va bien y dentro de una hoja de ruta más amplia, pasaremos a un escenario con una mayor libertad de movimientos, como comentaba antes, en los que nos es muy necesario tener esta vigilancia y esta detección de manera muy precoz. Un escenario en el que tendremos que seguir manteniendo, contando con una corresponsabilidad de los ciudadanos, de la cual no dudamos, pero que entre todos la tendremos que trabajar, las medidas de protección colectiva, de higiene, de distancia, mascarillas, etcétera. Y también probablemente de un seguimiento tecnológico determinante para que tengamos estas capacidades de aislamiento no solo de los nuevos casos, sino, como he comentado, de los contactos para evitar dar un paso atrás.

Estos son los objetivos y las razones de un sistema de vigilancia, detección y seguimiento que esté bien asentado, un sistema en el que tener una hoja de ruta como la que luego vamos a comentar nos permite tener unas herramientas adecuadas en un terreno en el que no es difícil generar alarmas, confusión o quizás una falsa sensación de seguridad, en una situación que todos hemos reconocido que es de incertidumbres, aunque todos quisiéramos tener más certidumbres.

No podemos entrar en un debate estadístico, terminológico de los medios, sino que tenemos que tener claros los fines. Hoy en la calle, en las redes sociales, en las empresas, en la prensa, todo el mundo habla de test rápidos, de PCR, de IgM, de IgG, de test masivos... Bueno, creo sinceramente que hay que poner un poco de serenidad en todo esto y seguir confiando en los técnicos y en decisiones dentro de esta situación compleja y de este contexto y de estos cambios que a veces llevan a estar sujetos a errores; si ocurre, la rectificación, obviamente, se hace necesaria.

Por eso, me parece un poco importante hacer esta pequeña parte —permítaseme—de pedagogía de cara a la población general, a la que yo creo que tenemos que transmitir confianza en el sistema de la misma manera que el sistema está confiando en ella y en su responsabilidad social, que nos la ha demostrado en estas duras semanas de confinamiento.

Volviendo al hilo argumental de esta comparecencia, lo que siempre, siempre este Departamento de Salud del Gobierno de Navarra ha tenido en cuanto a la detección y vigilancia del COVID, lo ha apoyado en una pata de un diagnóstico precoz, el diagnóstico por PCR; inicialmente con lo que se podía, ampliando y en este momento en la situación en la que estamos. Esto es lo que nos permite un diagnóstico precoz. Y otra que va cobrando más peso, que son los estudios de seroprevalencia y de inmunidad, porque todos somos conscientes que otros test para lo que están y para lo que valen no es tanto para el diagnóstico como para la detección de anticuerpos.

Entonces, tenemos estas dos herramientas: los PCR y los test de seroprevalencia. En un caso, en el de los PCR, lo que se mide es una infección vírica y en el otro, como he comentado, la presencia de anticuerpos. La infección vírica nos sirve para detectar, con anticipación y con fiabilidad total, lo que se puede decir total, con gran fiabilidad diría mejor, porque algunas PCR, efectivamente, pueden ser negativas, en dónde estamos. Y los otros nos permiten ir avanzando en el grado de inmunidad o de incidencia de la infección, porque lo que detectan son anticuerpos que genera el ser humano para defenderse. Y en este hay distintos tipos de

test, efectivamente: unos son los que nosotros tenemos, no diferencian anticuerpos, pero en cuanto a los test que tenemos para detección de anticuerpos estamos en un momento en que hemos extrapolado todos, no hay apenas estudios en pacientes asintomáticos, y hacemos un extrapolación de estudios que se han hecho a nivel hospitalario con pacientes sintomáticos. Entonces, tienen mayor o menor precisión, y lo que esperamos es que estudios que se están haciendo nos permitan avanzar en esta línea.

Antes de entrar en detalles muy técnicos o científicos, que luego los podrá explicar mejor la Directora Gerente de Salud Pública y Laboral, quiero llegar a conceptos como muy básicos. Como he comentado, Salud ha apostado por el tema de detección en todos los pacientes para el diagnóstico, para un diagnóstico sintomático con PCR, y por eso han ido creciendo nuestras capacidades, aumentando y pasando de cuatrocientos al día a mil cuatrocientos, con posibilidades, en la medida que hay más centros acreditados, de hasta tres mil al día y pudiendo llegar, porque también contamos con el laboratorio... Estaba hablando de lo que estaba realizando el Complejo Hospitalario, pero también la Clínica Universidad de Navarra ha estado realizando PCR y colaborando desde el principio, con una gran integración como combinación de sistema público-privado, y ahora, desde la homologación por el Instituto Carlos III tanto de Navarrabiomed, Nasertic y de CIMA, efectivamente, disponemos de una capacidad y de un potencial razonablemente alto para realizar PCR.

Navarra ha realizado veintiún mil PCR acumuladas. Se podrá decir que es más alto, más bajo pero el tema no tiene que ser un tema numérico de cuantos test, el tema tiene que ser a quién, cuándo y para qué los test. Y voy a hacer otra reflexión: si logramos aparcar un poco el ruido estadístico y abordamos este asunto desde una perspectiva epidemiológica y sanitaria, tendremos que tener claro que nuestro objetivo es prevenir y atajar contagios. Por eso es muy importante, desde luego, que tengamos claro qué hoja de ruta, qué objetivos y qué acciones prácticas. La apuesta por los PCR de nuestra Comunidad ha quedado clara, la hemos querido complementar con otros instrumentos, otros instrumentos que en un momento, cuando estalló la crisis del coronavirus, no teníamos y por eso he comentado que utilizamos el criterio clínico para aislar, es verdad, a estos trece mil pacientes que estuvieron quince días como caso posible, sabiendo, cuando nos han llegado los test rápidos, que estos podrían ser un grupo de pacientes a los que les íbamos a ofertar, aun sabiendo que no distinguiríamos el tipo de anticuerpos, pero si salía positivo, sería que habían tenido contacto con el coronavirus. ¿Es suficiente, no es suficiente, crea o no inmunidad? Todos ustedes saben que esas preguntas las tenemos sin resolver.

Han sido cincuenta y cuatro mil test los que se nos han enviado por parte del ministerio y los hemos estado haciendo en profesionales también asintomáticos, pero, como he comentado antes, si el test de anticuerpos daba positivo, hacíamos PCR, porque, efectivamente, no podíamos saber si tenían unas defensas pasadas o lo estaban pasando, y lo mismo en el medio sociosanitario a residentes, como ya he comentado y no voy a repetir, pero que nos ha permitido detectar a residentes y a profesionales asintomáticos. Con las limitaciones, como decía el otro día un compañero nuestro; hay que saber para qué se hacen y qué es lo que queremos buscar.

Todo profesional que tiene síntomas, por supuesto, sigue la vía que sabemos. A todo ciudadano o ciudadana navarra que tiene síntomas le vamos hacer un PCR porque nadie duda de que hoy por hoy que es el mejor método diagnóstico. Lo que sí es verdad es que es importante sacar el máximo rendimiento a todas las herramientas posibles para detectar el mayor número de casos sintomáticos y asintomáticos. Seguro, como estaba comentando, que habrá habido decisiones más acertadas, menos acertadas, las evaluaciones, los estudios, reajustar el uso de los test, si tenemos otro tipo de test, porque, como comentaré luego, saben que ayer se estuvo llamando por teléfono y empieza un test de seroprevalencia del ministerio que en Navarra afecta a 2.360 personas de 761 hogares que han sido elegidos por el Instituto Nacional de Estadística. Es un estudio de seroprevalencia del ministerio, un estudio muy ambicioso, metodológicamente bien realizado, en colaboración con el Carlos III y la dirección corresponde a la directora del Carlos III, que lo que va a hacer es, tras una encuesta epidemiológica, realizar un test con un pinchazo en el dedo, el mismo test realizarlo en vena y en vena realizar también, en esa sangre venosa que se haya sacado, otro tipo de test que se llama Elisa, que un test... El que es en el dedo es un test de anticuerpos rápido que separa IgG e IgM y el otro, el que se saca en vena, se saca este también para ver qué técnica, como tema secundario, porque el objetivo es saber cómo está extendido el virus, qué prevalencia hay del virus en nuestra Comunidad, pero el objetivo secundario es: de estos test, si son test que sean igual de fiables, y el método, si el de pinchazo en el dedo o el de la vena, es o no.

Es una información de todas las comunidades. Es un estudio de noventa mil personas a las que se les va a ir citando en tres oleadas y del que vamos a ir obteniendo resultados que nos van a ser muy necesarios para esta fase que hemos comentado de desescalada o de transición y también para avanzar en este tema de los test de anticuerpos.

Pero, como comentaba, el eje, y por eso no es decir: solo se van hacer... No, a ver, se va utilizar la PCR en pacientes sintomáticos y también, como comentaremos luego, en otros grupos que ya he comentado que estábamos realizando, porque PCR se hacía cuando el test de anticuerpos que estamos utilizando nos daba positivo, PCR se han hecho en asintomáticos en pacientes del medio de la discapacidad, donde tenían mucho contacto, se estaban haciendo para ingresar o para salir del aislamiento. El tema es que hay que priorizar y hay que identificar bien los grupos. Nosotros, desde luego, en la estrategia, en la hoja de ruta que tenemos marcada y que luego se les comentará este es nuestro abordaje: en el tipo de pacientes, en profesionales, como estamos realizando, en profesionales también asintomáticos con otro tipo de cuestiones que vamos a valorar en población vulnerable, como se comentará también luego, y teniendo en cuenta que el medio laboral, sanitario y sociosanitario es un medio distinto, específico, en el que nos planteamos en este momento, en esta coyuntura y con esta capacidad de PCR dar pasos de avance, lo mismo que en el medio residencial, en global, como les acabo de comentar, teniendo claros cuáles son nuestros objetivos, desde luego, nuestro objetivo general es minimizar el impacto de la pandemia en el estado de salud de la población, disminuir la morbimortalidad así como el impacto económico y social, que influye tremendamente en la salud, mediante una estrategia que también nos lleve a una hoja de ruta para esta utilización, y esto es lo que planteamos también contar hoy, teniendo en cuenta, y acabaría ahora aquí mi intervención, que la herramienta referencial de diagnóstico es la PCR, que se va a hacer en general a los pacientes sintomáticos, como estamos haciendo, pero que

se va a implementar en algunos grupos o situaciones según los ámbitos, algunos de los cuales he comentado, y que comentaremos luego. Muchas gracias, eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, Consejera. Comenzamos con las intervenciones de los grupos. En primer lugar, tiene la palabra, por EH Bildu, su portavoz, el señor González, por un tiempo máximo de diez minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Buenas tardes de nuevo. Hay algunos aspectos con los test que yo creo que el considerarlos una herramienta útil o la única herramienta o la herramienta más útil que tenemos para poder hacer un control de la epidemia no evita que a veces la forma en que se están utilizando haya sido la más acertada, pero también entiendo que la experiencia en su utilización ha hecho que podamos ir mejorando su uso y que la herramienta en sí sea un poco mejor, pero seguimos teniendo lagunas importantes. Hay que tener en cuenta que hay demasiados casos, por encima del 30 por ciento, de personas asintomáticas, y que es muy difícil llegar a ellas.

Nos gustaría saber también si por parte del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra se cuenta con los recursos suficientes como para hacer el seguimiento a las personas a las que se detecta para poder contactar con sus entornos, si ahí necesitarían refuerzos. Creemos que es una labor muy importante en estos momentos y que deberían contar con todos los recursos necesarios.

También tenemos algunas dudas, más que nada por declaraciones que hizo la Presidenta Chivite, por declaraciones que ha hecho el Presidente Sánchez, y que nos hacen ver que parece que la estrategia por la que se ha optado en Navarra y en el Estado se parece bastante al modelo sueco, un modelo que utiliza o va a intentar utilizar la desescalada utilizando estos test de una forma menos intensa que otros países. Para nosotros, por ejemplo, el ejemplo europeo sería Alemania, se ha hablado de Corea del Sur, habría otros, que lo que están haciendo es acotar muchísimo a las personas contagiadas y sus entornos para aislarlas socialmente e intentar que el resto de la población lleve una vida lo más normalizada posible dentro de lo que cabe.

Aquí, sin embargo, parece que se busca un poco la inmunidad grupal, ralentizar un poco el contagio a través de inmunizar a mucha gente, de que muchísima población tenga contacto con el virus y eso permita que empiece a haber una inmunidad en Navarra y permita reducir los contagios. Me imagino que también pensando que se acerca la época veraniega, que puede ayudar a debilitar al virus, y eso permita que esta estrategia tenga cierta efectividad. Sin embargo, nosotros ahí sí que consideramos que sin tener todavía un estudio de seroprevalencia concreto y sabiendo que va a tardar unas ocho semanas, si no sabemos la gente que ha tenido contacto con este virus, si calculamos, es por especular pero ya lo siento, es un ejemplo, que el 10 por ciento de la población navarra ha tenido contacto con el virus y eso nos ha llevado a las cifras de mortalidad que tenemos ahora de cuatrocientos y pico nos faltaría un 90 por ciento todavía por sufrir, y habría que estar preparados para ese 90 por ciento. Entonces, creemos que, con los datos con los que contamos ahora para poder afrontar esta enfermedad, es igual un poco arriesgada esta estrategia y nosotros, desde luego, apostaríamos más por hacer un testeo masivo de la población con los test de inmunología para



saber un poco la prevalencia de la enfermedad en la sociedad, pero también para poder determinar y acotar a todas las personas que están contagiadas.

Creo que era la portavoz de Bildu la que decía que sobre todo necesitamos tres criterios para la desescalada, que son garantía sanitaria, conocer la realidad epidemiológica, también necesitamos un ámbito de decisión navarro, que podamos tener capacidad de reacción en nuestra Comunidad para ganar en agilidad y en rapidez, y decisión y gestión compartida. Creemos que aquí muchísimos agentes tienen que participar y ayudar dentro de las medidas que se pueden ir implementando a lo largo de estas semanas que vienen, y que todas las aportaciones pueden ser muy interesantes.

Actualmente, bueno, pues tenemos las herramientas que tenemos, tenemos estos test que no discriminan entre IgG e IgM, pero se supone que por lo menos las informaciones que tenemos nosotros son que por parte de algunas de las empresas farmacéuticas que están desarrollando los reactivos habría posibilidades de una forma más general de tener acceso al test Elisa, que es mucho más determinado, que es mucho más eficaz, que permite tener mucha más información sobre la situación del contagio y de la inmunidad de la sociedad, y creemos que si para tener acceso a esos test y a utilizarlos de una forma más masiva hay que ganar tiempo, pues lo que pedimos, desde luego, al departamento, lo que pedimos a la Administración es que no acelere excesivamente las medidas de desescalamiento y que apueste por hacer más test, más test de todo tipo, de los que se tienen, obviamente, unos son diagnósticos, y otros son para saber la prevalencia de la enfermedad, pero que es imprescindible para poder saber qué futuro nos depara esta enfermedad.

Además, creo que hay algunas cosas que están surgiendo en la sociedad que son preocupantes. Nos han llegado informaciones de empresas que están ofreciendo PCR y test a la población en general. Creo que es algo que puede generar problemas, no sé si se están controlando estas iniciativas, si estas empresas que están haciendo este tipo de trabajos están informando de los resultados y del seguimiento de esos pacientes, se está ofreciendo a otras empresas para poder facilitar la vuelta al trabajo. Creemos que puede dar, además, falsa sensación de inmunidad y una falsa de seguridad en estos entornos de la población y que puede ser un *boomerang* que se vuelva en contra de la estrategia general que tienen que desarrollar los servicios públicos de salud.

También nos gustaría conocer algunos datos. Creo que en la rueda de prensa que dio la Presidenta dijo que habían hecho unos mil trescientos test el sábado, o el viernes, sin embargo, el domingo, cuando miré yo los datos, había cuatrocientos cuarenta y tres. No sé si la cantidad de test tiene que ver con la demanda que se está haciendo por parte de las instituciones sanitarias, ya sea Atención Primaria u hospitales, o si ese número de test hay una lista de espera que está haciendo que las determinaciones que estamos conociendo ahora sean pruebas que se hicieron hace tres días, cinco días, una semana. Y es algo que también nos gustaría conocer porque nos permitiría hacer una proyección de cuáles pueden ser las necesidades de este tipo de test diagnósticos en el futuro.

Más cosas. Sobre todo, el pensar que si la estrategia de desescalada es la inmunización de la sociedad creemos que hay que hacer una reflexión importante porque sin tener un dato concreto sobre el índice de seroprevalencia nos podemos arriesgar a un rebote, es algo que

está continuamente advirtiendo la Organización Mundial de la Salud, un segundo brote que puede ser muchísimo más perjudicial porque además está acogiendo a los servicios asistenciales con un agotamiento y con unos niveles de estrés psicológico muy altos, y puede llevar a unas reacciones que no sean las más recomendables. Por eso volvería a incidir...

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Tiene que ir acabando.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Sí, termino. Volvería a incidir sobre los tres objetivos que como organización nos planteamos, que son intentar que el número de fallecimientos sea el menor, que la calidad de la población sea lo más digna posible, pensando sobre todo en los sectores más vulnerables, que es necesario ganar tiempo, y que para ganar tiempo para poder tener acceso a una vacuna o a otros tratamientos terapéuticos más eficaces es imprescindible que esta desescalada se haga de una forma muy progresiva, muy cauta, y en eso yo creo que tenemos que ser, si no los más sensatos, muy sensatos. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señor González. A continuación tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Navarra Suma, su portavoz, la señora Ibarrola, por un tiempo máximo de diez minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias, Presidenta. En España tenemos las medidas de confinamiento más estrictas y restrictivas del mundo y los peores resultados: la tasa de contagios más alta en porcentaje de sanitarios, el segundo con mayor número de casos confirmados y mayor número de fallecimientos, hablando por cien mil habitantes. Desde una perspectiva de gestión basada en resultados, el fracaso de la gestión de esta crisis sanitaria no tendría discusión alguna.

Analizaremos el número de PCR realizadas, aunque conviene no olvidar que no es un objetivo en sí, probablemente eso lo compartimos, es un medio para alcanzar. El número de fallecidos por cien mil habitantes es el indicador más objetivo de resultados, ya que el número de casos confirmados también es obvio que depende del número de pruebas que estamos haciendo. España, ya lo he dicho, es el segundo país de Europa con mayor número de fallecidos por cien mil habitantes, solo por detrás de Bélgica. Tenemos ciertas dudas de si Bélgica, además, está contando los casos posibles. Duplicamos la tasa de fallecidos de Holanda, Suecia o Irlanda; siete veces mayor que la de Alemania, Austria o Dinamarca; seis veces mayor que la de Portugal; quince veces mayor que Noruega, Finlandia o Islandia; se multiplica por cuarenta respecto a Grecia y por cien con Corea del Sur.

Navarra ha hecho seguidismo de todas las políticas del Gobierno de Pedro Sánchez en la gestión de esta crisis, y los datos, la cuarta Comunidad con mayor número de casos y la quinta en fallecidos, también en datos por cien mil habitantes. Llevamos seis semanas de confinamiento sin hoja de ruta y sin horizonte claro, al menos todavía definido. Nos enfrentamos a una escalada a ciegas, sin una foto clara de la situación epidemiológica real, hoy, no hablo de después, hoy. Pero lo imperdonable es que en Navarra disponían de medios para haberla tenido preparada y no los han utilizado. La clave estaba y sigue estando en la capacidad de realizar test. Es evidente que una fortaleza de Navarra, sin ninguna duda, es la robustez del sistema sanitario público, pero usted disponía, además, de un enorme potencial de recursos, tanto públicos como privados, centros asistenciales, centros de investigación y

universidades, y no tenía que haber esperado ni medio segundo para tomar la iniciativa, analizar las posibilidades, coordinar todos los recursos y revolver Roma con Santiago para acreditar lo que hiciera falta y disponer de toda la maquinaria funcionando a pleno rendimiento al servicio de la ciudadanía navarra. Usted, Consejera, teniendo las mejores cartas, ha perdido esa partida, no ha sabido jugarla.

Estos días estamos oyendo testimonios de reconocidos investigadores que están denunciando que el Gobierno no los ha considerado como un servicio esencial, y tenemos —esto en España— centros de investigación cerrados con maquinaria capaz de realizar PCR y análisis serológicos para coronavirus, así como personal entrenado para ello. Oiga, si el Ministro no lo sabe ver, háganselo ver, pero en Navarra la iniciativa en todo caso la tenía que haber tenido usted. ¿Se pusieron ustedes en contacto con los centros de investigación y con las universidades de forma proactiva? ¿Fueron ellos los que comunicaron su disponibilidad? ¿Cuándo? ¿Qué gestiones exactas hizo para acreditar Navarrabiomed, Nasertic y el CIMA, para poder colaborar con el departamento y contribuir en la realización de PCR?, ¿o simplemente esperaron a que se sacara el procedimiento formal, les llegara y contestar? Porque hubo comunidades que se adelantaron. ¿Le parece normal tardar ocho días en responder un correo solo para dar conformidad a esa acreditación? Tardaron ocho días y el Carlos III tardó tres solamente en acreditarlo.

Pero es que han pasado diez días desde eso. Los centros están acreditados e incomprensiblemente, al menos para nosotros, siguen sin realizar PCR fuera del Complejo Hospitalario de Navarra, y parece que ni siquiera todavía están utilizando a la máxima capacidad la del Complejo, si no, nos lo explica, porque seguimos sin tener una explicación razonable. Si Navarra podía hacer, no sé, dijo ayer el señor Alzórriz, cinco mil PCR al día, ¿por qué no lo hicieron? ¿Por qué no las han hecho todavía?

Hablando de los datos del ministerio, la verdad es que son más que cuestionables. Entro a su parte. No ha habido forma de aclararse ni de qué información incluía exactamente cuando recogía de las diferentes comunidades cifras de fallecidos, cambió la definición de caso para excluir asintomáticos. Ahora, lo último ha sido que ha excluido también todos los confirmados por los test serológicos, fueran con síntomas o fueran sin síntomas. Resumiendo, parece que no le cuadraban los datos en la fase que estamos de desescalada. Primero, no hacíamos pruebas porque no teníamos suficientes, ahora que se hacen no los contamos porque parece que deben incordiar en la estadística. El puzle es imposible de cuadrar al revisar los datos que el ministerio ha ido proporcionando en ruedas de prensa básicamente.

El 15 de marzo dijeron que se habían hecho 30.000 PCR, el 21 de marzo, como por arte de magia, se convierten en 355.000, pero pasan diez días, y el 31 de marzo seguimos en 355.000. Inexplicable. El 20 de abril, 1.580.000, y el día 23 poco más de 1.000.000. Nada más que decir. Eso sí, ayer bien de propaganda en medios y en redes de la comparativa de la OCDE: España, el octavo país de la OCDE con mayor número de PCR por habitante. Oigan, es que los datos que dieron... Primero, la OCDE lleva proporcionando desde hace tiempo esta estadística, muy útil por cierto, y España, como no tenía datos públicos, pues no se incorporaba, pero es que todos estaban midiendo solo PCR y el ministerio decidió incluir PCR y test rápidos. Cuidado con hacerse eco de esta noticia por parte de miembros del Gobierno de Navarra. Si los datos que

ustedes publican en su web son fiables, y yo no tengo ninguna duda de que lo son, y además me parecen unos muy buenos datos, los facilitados por el ministerio entonces no pueden estar bien porque no coinciden. Y ni el ministerio ni Navarra están publicando datos de profesionales sanitarios contagiados ni datos de casos posibles. Esto se lo hemos venido reiterando. Me parece que era una propuesta lógica publicar datos de casos posibles. Me refiero a casos posibles, de PCR me gustaría que fuera número de personas con PCR, pero al menos el número de PCR sí que está. No hemos tenido éxito en esto, no han publicado los casos posibles.

Volviendo a Navarra, decía ayer el señor Alzórriz que estamos preparados para hacer más de cinco mil PCR al día y que hasta ahora se han estado haciendo mil cuatrocientas al día. Seamos serios, con este mensaje pretende trasladar un titular que para nada se ajusta a la realidad. El Departamento de Salud ha anunciado que pasaba de realizar cuatrocientas/quinientas PCR diarias a mil cuatrocientas exactamente el 21 de abril. La realidad entre el 15 de marzo, que es desde cuando ustedes tienen publicados datos diarios, y el 20 de abril, es que han realizado una media de doscientos cincuenta PCR diarias; desde el 21 de abril hasta el día de ayer, novecientos cinco es la media. ¿No dicen que hay que luchar contra los bulos? Pues den mensajes contrastados y prediquen desde el Gobierno con el ejemplo.

En todo caso, nos parece una buena noticia que Navarra vaya incrementando de forma progresiva el número de PCR a realizar a partir de ahora, pero reconozco que me desconcertaron, lo mismo que ha comentado el portavoz de Bildu, las declaraciones de la Presidenta el domingo: «Solo habrá test de diagnóstico para las personas que tengan síntomas». Lo dijo con una afirmación categórica. Más aún, cuando lo que manejamos son incertidumbres, con un virus que apenas tiene cuatro meses, las afirmaciones categóricas suelen conducir casi siempre al error.

Nos equivocamos al pensar que el virus no nos llegaría a Europa, nos equivocamos pensando que los asintomáticos no transmitían la enfermedad, y hoy sabemos que suponen el mayor problema en el control de esta pandemia. Nos equivocamos también pensando que bastaba testar solamente con criterios epidemiológicos a personas procedentes de determinados lugares. Sabemos hoy también que el virus ya estaba circulando y que casos desconcertantes de neumonías intersticiales que tenían prueba de gripe negativa en nuestra Comunidad probablemente se tratara entonces ya de COVID. Probablemente nos equivocaremos definiendo también los criterios para realizar test, de lo que no cabe casi ninguna duda es de que lo acertado pasará por que sean test masivos, y estoy de acuerdo con usted en que es importante definir no solamente cuántos test hacemos, sino a quién y con qué criterios los hacemos, y en este sentido le pregunto, y le rogaría que me contestara, ¿qué grupo técnico de expertos ha estado trabajando a lo largo de todas estas semanas para definir esos criterios? Porque nosotros hemos hablado con expertos en Navarra que tendrían mucho que decir y no conocen nada al respecto. Le agradecería, si es posible, que me lo aclarara.

Voy terminando. Nos quedan dudas todavía pero entiendo por su intervención que la afirmación categórica de la Presidenta no será tal y rectificarán. En todo caso, nuestra propuesta, desde nuestra formación, sería realizar test a todas las personas con síntomas, a los contactos de los casos confirmados, a personal sanitario y sociosanitario, a personas

vulnerables no solamente de centros residenciales, sino valorar personas que vayan a someterse a cirugía, que eso me consta que se está haciendo, pero personas que están en tratamiento oncológico, en diálisis, y a servicios esenciales. Habrá que valorar también la estrategia de hacer test en determinados sectores o empresas que sean críticos para la reactivación de la economía. Hace poquito hemos sabido que se iban a hacer a trabajadores que están, por ejemplo, tramitando ERTE.

Y para terminar, le pedimos que a todos los profesionales sanitarios y sociosanitarios, así como a convivientes en centros de mayores y de discapacidad no les hagan solamente una de las dos pruebas, que hagan test rápido y PCR, o al menos otros test que tengan mayor fiabilidad, puede ser el Elisa, puede ser que a lo largo del tiempo, sin ninguna duda, se vayan comercializando test más fiables y con mayor sensibilidad. Así lo están haciendo, por ejemplo, en otros lugares. La Rioja está realizando...

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Vaya terminando.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Sí, termino ya. ... test rápido y PCR. Saben que el test rápido que están haciendo no está validado en asintomáticos, que la información que están dando es incompleta y que está generando mucho malestar en los profesionales. Los sanitarios, y termino ya, siguen siendo el mayor valor para afrontar el futuro. Cuídenlos, porque la pandemia no ha acabado aquí. A las residencias, nos consta, se les está denegando hacer PCR para organizar cambios de determinados aislamientos. No caben riesgos aquí. No volvamos a cometer errores evitables. Nos gustaría también un estudio más ambicioso de seroprevalencia, además del del ministerio, pero, bueno, en todo caso, no cabe duda de que la evidencia hará ir modificando las recomendaciones, como decía, pero no podemos ir a ciegas. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señora Ibarrola. A continuación, por el grupo parlamentario socialista tiene la palabra su portavoz, la señora Fanlo, por un tiempo máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchísimas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señora Consejera, por toda la información que nos está dando y nos sigue dando, y muchas gracias a la señora Nuin por estar aquí hoy para poder consultarle todas las dudas que tengamos. Nadie nos hubiéramos podido imaginar hace escasamente unos cuatro meses que un virus con apariencia de corona, que por eso se llama coronavirus, nos podría dejar en la situación en la que nos encontramos en la actualidad: un estado de alarma, confinamiento, paralización de actividad económica e industrial, ERTE, hospitales llenos y fallecimientos.

El éxito de la contención del coronavirus se ha basado, creemos, sobre todo desde el Partido Socialista, en dos medidas diferentes pero complementarias y que han sido efectivas: una, la ciudadanía navarra ha cumplido muy bien y estrechamente las medidas de confinamiento, la ciudadanía navarra ha tenido un comportamiento ejemplar; y la segunda medida que nos parece fundamental ha sido el sistema navarro de salud, fundamentalmente público, que se ha adaptado muy bien y rápidamente a esta crisis sanitaria. Quiero resaltar que nuestro sistema de salud público navarro ha demostrado una vez más que está preparado para este tipo de emergencias. Los hospitales navarros se han transformado en días y en horas para atender esta pandemia, se han organizado equipos COVID multidisciplinares en tiempo récord, comités

de protocolo, sesiones diarias informativas, se han transformado las URPA, incluso la unidad coronaria en UCI para COVID, se han implementado circuitos de urgencias, en Atención Primaria también los ha habido, se han habilitado hoteles. El personal ha dado lo mejor que tenía, con un ambiente de trabajo inmejorable. Además de la capacidad del sistema público de aliarse y de trabajar en equipo con la sanidad privada navarra.

Debemos reconocer la excelente labor que están ejerciendo todos los profesionales sanitarios de Navarra. Desde el Partido Socialista ya lo hemos dicho: Osasunbidea son los profesionales sanitarios, lo hacen ellos, y solidarizarnos con todos aquellos que realizando su labor asistencial están infectados con este virus y que ahora deben permanecer en aislamiento en sus domicilios.

Vamos a recordar que en Navarra el método diagnóstico más utilizado ha sido la PCR, que es hasta ahora la prueba *gold-standard*. ¿Qué significa la prueba *gold-standard*? Es la prueba de oro, es la que nos permite diagnosticar. Y se ha realizado la PCR para el diagnóstico de COVID en los pacientes que llegaban al hospital, tanto en urgencias como los que se encontraban hospitalizados, en pacientes que en Atención Primaria llevaban mala evolución clínica se ha realizado PCR. Profesionales sanitarios y no sanitarios prioritarios como policías forales, médicos, enfermeras y personal incluso de los tanatorios. En pacientes de residencias y en profesionales trabajadores de las residencias, y las PCR se van a realizar, efectivamente, en personas con síntomas y en aquellas asintomáticas que sean personal de riesgo, y en personas más vulnerables, como las personas mayores o dependientes. Pero también se siguen realizando en los pacientes que están ingresados en hemodiálisis, había diecisiete pacientes ahora mismo con PCR positiva en hemodiálisis, también en pacientes con patologías quirúrgicas y en posoperados, y a todas aquellas personas que lleguen a urgencias se va a realizar una PCR para poder discernir si ese paciente tiene la PCR positiva o no.

Navarra, además, es de las comunidades autónomas en las que más PCR se han realizado por habitante, y no es cuestión de sacar pecho, es cuestión de números. Aquí, en esta gráfica, vemos las PCR que se han hecho por mil habitantes. Navarra es la séptima comunidad que más PCR ha realizado. Pero si comparamos Navarra también con el resto de los países europeos, las PCR que se han hecho por mil habitantes en Navarra se igualan a países como Italia y Noruega, y países como Alemania incluso han realizado menos PCR que Navarra. Solo dos comunidades autónomas han hecho más pruebas en total, tanto PCR como test rápidos, La Rioja y Castilla y León; Navarra es la tercera comunidad que más test ha practicado por mil habitantes.

Desde que comenzó la crisis, en semanas y en días, Navarra ha sido capaz de triplicar el número de PCR que ha realizado, de cuatrocientos a mil cuatrocientos, y como ya se ha comentado, ya lo ha dicho la Consejera, pudiendo llegar incluso a seis mil al día, contabilizando el sistema público y privado, Navarrabiomed, Nasertic y Cima, que en ningún momento se les ha dejado fuera de poder realizar PCR.

Quiero recordar que lo que ha evitado durante el pico de la pandemia más infectados, enfermos y personas fallecidas, lo que realmente ha salvado vidas, no han sido las PCR, sino las medidas de confinamiento, es lo que ha permitido frenar la pandemia.

Ni el Gobierno de Navarra ni el Gobierno España, desde luego, han estado mirando a otro lado, aunque ahora aparezcan gurús y visionarios por doquier, expertos sean o no, alertando de que ya vaticinaban esta epidemia. Desde luego, tanto las PCR como los test van a ser imprescindibles para el confinamiento, y se están haciendo y se van a hacer en Navarra. ¿Por qué? Porque mientras no haya un tratamiento efectivo comprobado en los ensayos clínicos que se están realizando a velocidad, a una rapidísima velocidad, o una vacuna, está el riesgo de un rebrote, y debemos estar preparados, por eso son tan importantes los estudios de seroprevalencia que ya ha puesto en marcha el Ministerio de Sanidad. Los estudios de seroprevalencia estimarán en porcentaje la población española y navarra que ha desarrollado anticuerpos frente al COVID-19. Ya se ha comenzado en Navarra, luego me imagino que la señora Nuin nos dará más información, y este estudio es colaboración con el INE, diseñado por el Ministerio de Sanidad y también está participando, como no podía ser de otra forma, el Instituto de Salud Carlos III.

Se pretende estimar el porcentaje de la población española y, por lo tanto, navarra, que ha desarrollado anticuerpos frente al nuevo coronavirus, el concepto que se conoce como seroprevalencia, y esto nos permitirá tomar decisiones en salud pública para poder realizar de una forma efectiva el desconfinamiento, y además también nos podría plantear la necesidad o no en un segundo tiempo de si es cuestionable la realización de pruebas masivas a la población.

Quiero resaltar que esta crisis del COVID o del coronavirus, recientemente, Rafael Bengoa la ha definido como la teoría del modelo del queso suizo. La teoría del modelo de queso suizo explica muy bien lo que ocurre en accidentes, en desastres y en fallos en sistemas complejos. Los sistemas, países como el nuestro y como la mayor parte de los países del mundo, porque no es solo el nuestro, cada sistema está organizado en rebanadas o en lonchas de queso, que se apilan y contienen carencias, defectos, y estos defectos y estas carencias son los agujeros del queso. Cuando estos agujeros del queso, loncha tras loncha coinciden, es decir, sistema tras sistema, las debilidades se alinean y es cuando se produce el desastre. En el COVID-19 es lo que ha ocurrido, pero a nivel mundial.

¿Cuál ha sido la sucesión de agujeros que se han alineado? Bueno, pues, en primer lugar, un virus que normalmente o parece ser que afecta a animales pasa al ser humano, no es una cosa normal, que el brote comience en China y los datos nos llegaron probablemente con retardo, y dada la globalización mundial el virus se propaga en pocas semanas a muchísimos países. La OMS tarda en darse cuenta de que este virus ya había alcanzado muchos países y se declara de forma tardía la pandemia. Todos los Estados estaban poco preparados para esta pandemia, aquellos sistemas sanitarios robustos han podido salir mejor, y en los países se ha objetivado que se necesita más inversión general en ciencia y en investigación, y está clara, por lo tanto, la dificultad de los países para obtener equipamientos y test en poquísimo tiempo, y aun así se han realizado y se están realizando. Después de que pase esta pandemia tiempo habrá de analizar y evaluar la labor del Gobierno de España y por supuesto la labor del Gobierno de Navarra, del cual no me cabe la menor duda de que ha hecho todo lo posible y lo imposible durante esta crisis. Tiempo habrá, pero, desde luego, desde el Partido Socialista estamos en la dinámica de que es mejor aprender y prepararnos como sistema para posibles siguientes

brotos de virus que ya ha alertado la OMS o de otros posibles virus, que culpabilizando no se solucionan los problemas, aprendiendo sí. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Santos Medina). Muchísimas gracias, señora Fanlo. A continuación, por parte del Grupo Parlamentario Geroa Bai, tiene la palabra su portavoz, la señora Ansa, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Buenas tardes otra vez. Gracias, Consejera, por las explicaciones y el recorrido que nos ha hecho del tema de los test desde el principio, desde hace aproximadamente un mes y medio que estamos en estas. Reitero el agradecimiento de Geroa Bai a todo el equipo del Departamento de Salud, nos consta que han trabajado sin descanso desde el minuto uno y con el ánimo de llevar a buen puerto este tema en un escenario tan cambiante y con tantos frentes abiertos. Desde luego, cuentan con nuestra confianza, sin duda, pero dado el grado de incertidumbre que todos tenemos en esta pandemia creemos que cuanto más debatamos, cuanto más analicemos, cuanto más alto sea el consenso al que podamos llegar, menor será el riesgo de equivocarnos. La Presidenta Chivite repetía estos días el concepto de inteligencia compartida. Yo creo que en este tema tenemos que hacer mucho uso de este concepto.

En el Congreso de los Diputados hemos asistido, y esto me parece penoso, a la petición de certezas por parte de algunos Diputados, y hacer petición de certezas en este tema es una petición claramente obscena. No tenemos ninguna certeza. No nos vamos a poner a explicar los tipos de tests ni para qué sirven, aunque nos estamos convirtiendo en auténticos expertos en el tema, y sabemos, entre otras cosas, como muy bien ha dicho la Consejera, que los tests nos dan diferentes tipos de información, que son útiles en diferentes momentos en cada caso y que hay veces que hay que combinarlos y que siempre hay que interpretarlos. Todo esto es complicado y lo sabemos.

Además, estamos ante una epidemia desconocida y no tenemos varitas mágicas. Cada país hace su propio planteamiento tratando de hacer bien las cosas, a la vez que se va conociendo más sobre el virus y la enfermedad, sobre cómo se transmite y cómo afecta a las personas, sobre cómo tratarlo y sobre cómo prevenirlo. En la historia de la medicina nunca se había generado un conocimiento tan rápido sobre una infección, pero seguimos sabiendo muy poco, y nuestras armas terapéuticas en este momento son muy limitadas, aunque seguramente vamos a tener tratamientos eficaces antes que la vacuna. De hecho, empieza ya a haberlos y eso está muy bien, sabemos cómo tratar y hemos ido añadiendo antiinflamatorios, antitrombóticos, tratamientos personalizados que están dando muy buenos resultados, pero la vacuna todavía está lejos. También parece que aunque los coronavirus no son una familia fácil a la hora de hacer vacunas y no siempre se consigue, en este parece que sí, que en un año largo y con suerte y con mucho trabajo tendremos una vacuna para poder hacerle frente.

Por lo que vamos sabiendo también parece que confiere inmunidad, aunque no sabemos por cuánto tiempo, primer problema serio. No sabemos por cuánto tiempo. De momento y ante la necesidad de volver a tener una vida más o menos normalizada, los tests y el confinamiento dirigido es lo más parecido que tenemos a una vacuna. Porque no podemos esperar a la inmunidad de rebaño para volver a la normalidad, se necesita una población del 70 por ciento inmunizada. Por lo que vemos en otros sitios, la situación es irregular, pero en los lugares en



los que más contagio ha habido y donde se han hecho más test, vemos que solo están serológicamente positivos un 15 por ciento. Si esto ocurre en lugares donde ha habido mucho contagio, no podemos contar con ello durante tantísimo tiempo para volver a vivir una cosa más normalizada. Si a esto añadimos el tema de los asintomáticos, es decir, de ese alto porcentaje de infectados que no presentan síntomas y que según los datos disponibles en este momento pueden suponer entre un 25 y un 80 por ciento, es que no sabemos a qué nos estamos enfrentando. Esto es muy serio y este es el segundo problema gordo de cara a la desescalada.

A estas alturas en este momento es imposible volver a la normalidad. Lo que tenemos en nuestras manos es controlar el contagio, es decir, mantener el nivel de contagios por debajo de R1, cuanto más cercano a cero mejor, pero esto solo es posible con el confinamiento generalizado, pero tenemos que volver a la vida. La salud no es un valor absoluto, es un recurso para la vida y, por lo tanto, tendremos que balancear cuánta salud estamos dispuestos a perder para vivir y cuánta economía tenemos que perder para ganar salud, y este es el tema y ahí tenemos que debatir, y mucho, en una sociedad seria y madura. Una vez que hemos decidido ir haciendo la incorporación progresiva, hay que mantener ese R1 en R1 o por debajo. Si nos des cuidamos y sube, saltamos con seguridad a un pico epidémico. Alemania estaba en un 0,6, empezó a soltar a la población y ayer estaba en 1, ojo, y esto va a ser una contención prolongada, muy prolongada, porque vamos a estar así durante muchísimo tiempo. Recordemos, problema uno, no sabemos cuánto dura la inmunidad, ojalá sea una inmunidad estable y nos permita tener esta baza a nuestro favor; dos, la bolsa de asintomáticos.

Compartimos claramente los objetivos que ha expuesto la Consejera de que realmente lo importante es propiciar una desescalada lo más saludable posible y con el menor de los riesgos de tener que dar marcha atrás o tener otro brote, y esto nos lleva a los test, el seguimiento de contactos y el confinamiento dirigido. ¿Estamos preparados para hacer bien una contención prolongada? Para nosotros esa es la pregunta más importante. Test. Totalmente de acuerdo, Consejera, a quién, para quién y por qué. Es fundamental contestar a estas preguntas que se planteaban y creo que estamos diciendo las mismas cosas con diferentes términos más o menos. PCR. ¿A quién? Hombre, no es cuestión de hacer a toda la población, pero sí hacer todos los necesarios y hacerlos con criterio, comenzando con los sanitarios que han estado en primera fila para pasar a todo el resto de los sanitarios, a todas las personas de las residencias, trabajadoras y residentes, pero también a todas las personas que han estado y están en trabajos esenciales: los dependientes, las cajeras, y hacerlos con la periodicidad necesaria. No nos podemos olvidar de los pacientes que tienen especiales patologías y que son mucho más vulnerables, indudablemente. Bueno, nos han estado explicando cómo se está haciendo y perfectamente.

Pero tampoco podemos perder de vista estos núcleos donde ha habido un mayor número de contagios. Viendo cosas que vamos leyendo de otros expertos, quizá haya que hacer catas poblacionales en busca de asintomáticos en aquellos lugares donde el número de contagios ha sido más alto, o quizá hacerlos con criterio territorial. En Navarra ha habido zonas realmente donde las infecciones han sido muchísimo más numerosas que en otras. Bueno, pues ir eligiendo un poquito las zonas de dónde podríamos hacerlos.

También los expertos hablan de la búsqueda activa de contactos y el seguimiento de todos ellos, la trazabilidad de los contactos. Nos parece que hay que dedicar tiempo, recursos y test a esto, a identificar búsqueda activa de contactos y trazarlos.

Nada que añadir a los estudios de seroprevalencia, solamente la pregunta: cuándo tendremos datos para poder empezar a plantearnos otros escenarios. Y también tendría algunas otras preguntas, por ejemplo, cuántos test diarios serían necesarios para contestar que sí, que estamos preparados para mantener controlada la epidemia. Pues también ahí nos preguntamos, porque hemos leído cosas como que el 1 o el 2 por ciento de la población debería ser testada para tener seguridad de que podemos mantener el desconfinamiento. En este momento se ha aumentado la capacidad, y en esto coincido, de hacer test en los diferentes laboratorios de Navarra, incorporando todos aquellos que están activos. Bueno, pues a mí sí que me gustaría que se nos dijese por qué no se están haciendo más. Ya he entendido la explicación de la Consejera, pero realmente creo que podríamos hacer más y deberíamos hacer más.

Otra cosa más, se ha hablado del segmento tecnológico para el rastreo de contactos, hay apps, aplicaciones móviles. ¿Se ha planteado a las universidades la posibilidad de alternativas para hacer esto, indudablemente salvaguardando la confidencialidad?

Por último, una pregunta también técnica. Si decidimos empezar a rastrear los posibles contactos y positivos, ¿cuánta gente habría que dedicar para trazar los contactos? ¿A qué nos estaríamos enfrentando? Esto en cuanto a preguntas.

Y ya simplemente para terminar una cosa que comentábamos con la Consejera cuando ha llegado, el tema de la responsabilidad individual de la ciudadanía, la protección individual. Esto hay que seguir reforzando permanentemente, o sea, en el momento en el que abrimos un poquito el tema —lo hemos visto con la salida de los chiquis— se nos olvida con una facilidad pasmosa que si algo importante tenemos que hacer es mantener todas esas medidas de seguridad personal y social, que eso es lo más importante que tenemos que hacer. Entonces, pido al departamento que esto sea el raca-raca la matraca, porque hay que ir haciéndolo permanentemente. Con el tema de los bulos, la verdad es que asistimos a un diluvio, ya no es una lluvia, ni tan siquiera una tormenta, tenemos un diluvio de bulos...

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Vaya acabando, señora Ansa.

SRA. ANSA ASCUNCE: Perfecto. ... que habrá que ir contraponiendo con información clara, sencilla, y reiterarla y reiterarla, y todos los que estamos aquí también tenemos un compromiso serio con el tema de los bulos, porque estamos en lugares y sitios donde nuestra presencia y nuestra palabra puede ser útil a la hora de contrarrestar esto. Nada más. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. Por parte de la agrupación de parlamentarios y parlamentarias forales de Podemos Ahal Dugu tiene la palabra su portavoz, el señor Buil, por un espacio máximo de diez minutos.

SR. BUIL GARCÍA: Muchas gracias, Presidenta, y de nuevo gracias a la Consejera por toda la información que ha aportado y también a la portavoz de Geroa Bai, que, la verdad, después de

todo lo dicho, compañera, yo poco puedo aportar. Muchas de las incertidumbres que ha planteado creo que son incertidumbres de difícil resolución en estos momentos. Hay una que a nosotros nos preocupa principalmente, que es el grado de inmunidad, ese estudio que indica cuánta gente que se ha infectado tiene inmunoglobina, hasta qué punto estas personas son inmunes o no son inmunes. Mientras no sepamos esto creo que es muy difícil afrontar con seguridad cualquier cosa, podría haber un rebrote de nuevo en otoño y, además, un rebrote ligado a la campaña de la gripe. Yo creo que por más que se ponga el foco en los test, hoy seguimos todavía con métodos del siglo XIX, que son evitar el contacto estrecho, utilizar los liquiditos para infectarnos, evitar tocar objetos de otras personas y tocarnos la cara, y creo que a día de hoy cualquier medida como las que se están planteando de desconfinamiento progresivo, una hora para hacer una cosa, otra hora para hacer otra, tiene que tener por delante un mensaje reforzado sobre las medidas de prevención personal principalmente.

Somos conscientes de que se ha avanzado mucho en el conocimiento de este virus, mucho más de que lo logramos en alguna otra reunión, por ejemplo, con el sida. Lo que se ha podido avanzar en estos meses es muchísimo más que lo que se avanzó en años de conocimiento respecto al sida, y compartimos que es evidente que es necesario consolidar un sistema de seguimiento, de vigilancia, de control, de información, un nuevo aparato que de alguna manera monitorice. Repito, el debate sobre los test, que a nosotros nos parece interesante, especialmente en estos dos ámbitos, como ya se ha planteado aquí, el ámbito en el que las PCR pueden evitar focos de contagio, y aquí entendemos que cuantos más propagadores tengamos con la prueba hecha avanzaremos, compartimos que el personal de servicios, la dependienta o el dependiente del supermercado, son personas que tienen contacto o pueden tener un contacto estrecho con muchas personas y pueden ser propagadoras, aunque habrá que ir ampliando también los test con esta nueva capacidad además que vamos multiplicando de hacer pruebas. Antes le hemos preguntado por esa posibilidad de hacer pruebas a todos los residentes de las residencias, no sé si me puedes responder, no sé si sería este test PCR o el tets Elisa o qué test, porque, como les digo, estamos aprendiendo todos un montón de nomenclatura nueva, desde luego, para mí nueva, y yo prefiero pecar de tonto que de listillo. Entonces, vuelvo a repetirle esa pregunta respecto a ese sector vulnerable de la residencia, si sería útil o no tener testado de una forma periódica al conjunto de los centros residenciales donde conviven.

Hablamos de trazabilidad y ahí también hablamos de seguridad versus libertades, algo que también a nosotros nos preocupa. Si bien es cierto que este fin de semana hemos visto salir a los niños y han corrido muchos videos que nos han escandalizado sobre comportamientos de padres, de niños, también es cierto que estoy convencido de que la gran mayoría ha tenido un comportamiento responsable y muchas veces nos preocupa ese lado autoritario de vecinos y vecinas, de nosotros mismos cuando nos preocupamos por el WhatsApp y penalizamos, que de alguna manera tiene su traslado luego en la necesidad de una mayor seguridad, y eso también choca muchas veces con derechos y libertades, y en este sentido de la trazabilidad estamos convencidos de que hay aplicaciones más agresivas con nuestros derechos y menos agresivas con nuestros derechos, algo que a nosotros, desde luego, nos preocupa, y esperamos que cuando se tengan que aplicar se apliquen este tipo de aplicaciones bastante menos agresivas.

Luego están los estudios de seroprevalencia para ver ese comportamiento que va teniendo el test, estudios de seroprevalencia que yo conforme he ido profundizando en el tema pensaba que nos iban a dar un dato también de inmunidad, pero, claro, yo quiero certezas también, ¿verdad?, esas certezas que son imposibles, como decía la compañera de Geroa Bai, de inmunidad, de decir: tenemos gente cien por cien inmunizada. Bueno, pues parece que ese dato todavía no lo podemos obtener y sí un comportamiento de cómo ha funcionado o se ha dispersado para poder ir abordando después estrategias preventivas para evitar la propagación comunitaria. La gente que tenemos en el ámbito de salud nos habla también de este test que se ha nombrado, el test Elisa, que parece que tiene alguna virtud más respecto sobre todo a que detecta la cantidad de IgG, de inmunoglobina posterior, y que eso también puede ser un indicador para ver cómo se ha ido comportando y se comporta el virus. Y nosotros, no lo vamos a negar, estamos preocupados de que este virus coincida con la campaña de gripe en otoño, porque hemos tenido la suerte de tener preparados para este coronavirus los dispositivos de la campaña de gripe inmediatamente anterior al brote de esta pandemia y nos preocupa que coincida, pero cierto es ese equilibrio que planteaba también entre la necesidad de vivir, la necesidad económica, la necesidad de salud también, porque el propio confinamiento afecta a la salud y tenemos que asumir que con cada fase de desescalada, con cada salida, vamos a tener un número de contagios que aumentará, esperemos que en una condición mínima, pero vamos a tener ahí un flujo de contagios.

Y finalmente, bueno, se lo oíamos a la portavoz de Navarra Suma, y tiene razón, el coronavirus en España ha tenido una afección muy importante, con un número de muertos muy importante, pero también tendremos que valorarlo no solo en función de las decisiones ejecutivas sino en función de las condiciones sociales de nuestro país. Somos el país de Europa con la segunda tasa de pobreza infantil, el primero en problemas de infravivienda, una fiscalidad muy baja que nos ha llevado, como todos sabemos, a recortes, privatizaciones y, de alguna manera, verdad, por mucho que algunos digan que el coronavirus nos afecta a todos por igual, ya sabemos que no, que en función de unas condiciones puedes deteriorarte más o menos y puedes infectarte más o menos, y valga para como ejemplo esas ochenta familias que tenemos hacinadas en habitaciones en el casco viejo de Pamplona.

En definitiva, más dudas que certezas y, en este sentido, si avanzar como se está avanzando en la multiplicación de test nos puede llevar a garantizar que en otoño vayamos a tener, sobre todo respecto a seroprevalencia, previstos nuestros equipos sanitarios para un posible rebrote, mejor que mejor. Gracias, consejera.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor Buil. Para finalizar la intervención de los diferentes portavoces, tiene la palabra por parte del Grupo-Mixto-Izquierda-Ezkerra la señora De Simón por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señora Presidente. Arratsalde on, buenas tardes. Gracias, señora Consejera, por su intervención. Quiero saludar también a la señora Nuin que se ha incorporado en esta comparecencia, y gracias también a quienes han pedido esta comparecencia y gracias también a todas las personas que me han precedido en el orden de la palabra porque para mí esto es un continuo aprendizaje, me imagino que a las personas que

pertenecen al ámbito sanitario les resulta más fácil y más asequible, pero no es mi caso. En todo caso, como decía, gracias a todos y a todas.

Como comentaba antes, yo creo que si hay algo que está claro en toda esta cuestión, en todo lo que ha ocurrido en esta epidemia, en esta catástrofe sanitaria, por llamarlo de alguna manera, es que el sistema sanitario público navarro en particular ha respondido de una manera no voy a decir óptima pero sí excelente, lo mismo ha sucedido con la ciudadanía, y ha sido muy importante el poner todos los recursos, bien sean públicos y privados, a lo que hacía referencia la señora Ibarrola hace un momento, pues se han puesto a disposición de la ciudadanía y lo que toca es mantenerse ese mismo nivel.

Decía, no sé si ha sido la señora la Consejera o quién, que en cada momento hay que tomar la mejor decisión y la mejor solución posible. Yo creo que ese es el camino. En este sentido sí que comparto también, sin que sirva de precedente, señora Ibarrola, su intervención en relación con la participación y la necesidad de consensos a la hora de tomar una decisión. En fin, si se puede mejorar algo en esta cuestión y realmente se puede testar que, efectivamente, hay colectivos o hay expertos que se consideran excluidos pues adelante, pero también entiendo que las decisiones que se están tomando son muy rápidas, los tiempos son muy justos y en muchas ocasiones pues evidentemente ha tocado elegir.

La cuestión es que el confinamiento ha tenido sus enormes y buenísimos efectos, eso no hay quien lo discuta. Los datos están ahí, partíamos de una situación muy desconocida que nos encontramos de repente, bueno, ya vieron lo que pasó durante las tres primeras semanas del confinamiento, crecían los contagios, crecían los ingresos, crecían los fallecimientos y ahora estamos en una situación totalmente distinta. Es por eso que se empieza a producir ese voy a llamarlo desconfinamiento, se habla de desescalada, se habla de laminar las medidas, seguro que aparecerá cualquier otro término o vocablo interesante que usaremos todos y todas enseguida, pero en definitiva esa es la cuestión, se trata de iniciar un nuevo proceso sabiendo que hay que ser muy cautos y muy rigurosos, lo decía también ahora mismo el portavoz de EH Bildu, el señor González, por lo tanto, yo sí que pediría eso, cautela y rigor, porque, claro, no se puede tener contento a todo el mundo. Todo el mundo quiere salir a la calle, todos queremos hacer, pero hace falta yo creo que cautela y rigor.

Me parecen muy adecuados los principios de vigilancia, detección precoz y ese control del contagio. Evidentemente, los test también. Claro, pero aquí viene una duda, ya sé que soy totalmente profana en estos temas, pero estamos en disposición de hacer seis mil test diarios. Bueno, en cien días nos hemos ventilado a la población, pero, claro, ¿esto solucionaría algo? ¿Qué ocurre con los asintomáticos?, esos asintomáticos que habrían dado positivo o no, o habrán dado negativo, ¿habrá que volver a hacérselos? ¿Qué pasa con aquellos que dan positivo pero se les vuelve a hacer hasta que den negativo?, ¿con quién han estado?, ¿con quién han dejado de estar? Es que esto no se arregla, vamos, lo digo desde el punto de vista igual desde el sentido común, por lo tanto, no es suficiente solo eso. Y estoy totalmente de acuerdo con que hacen falta criterios, ¿a quién?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿por qué y para qué? En este sentido, yo confío, como no puede ser de otra manera, en los expertos y confié en la ciencia, en los expertos y expertas que están estudiando e investigando.

Me parece importante, porque hay muchas incertidumbres y las incertidumbres están ahí, ojalá no estuvieran, pero es que están ahí, por lo tanto, hay que convivir con ellas y en ese sentido me parece fundamental ese estudio de prevalencia, pero sobre todo en lo que nos va a servir para tomar decisiones en un futuro próximo y más lejano y, por tanto, también todo lo que tiene que ver con la investigación. Ojalá llegue la vacuna cuanto antes, pero yo en este sentido quería decir que a mí me parece que en esta situación de incertidumbre son muy importantes los test, es muy importante vigilar, es importantísimo todo, pero me sigue pareciendo fundamental las medidas de higiene, por ejemplo. Estamos aquí ahora doce personas, no llevamos la mascarilla puesta porque no nos hace falta, ya sé que los trabajadores tienen que llevarla en el Parlamento, entendemos que es porque no nos hace falta, porque estamos guardando la distancia de seguridad y porque luego va a venir alguien a limpiar todo esto. Entonces, me sigue pareciendo que las distancias, las medidas de protección y todo lo que tiene que ver con los contactos sigue siendo fundamental hasta que no haya certidumbres y yo creo que en mi opinión habría que insistir en esto, porque tendemos a olvidarnos. Lo digo por lo que veo a mi alrededor, bueno, yo me pongo la mascarilla y se acabó. Y si algo sabemos es cómo se produce el contagio o por lo menos sabemos más de cómo se produce el contagio, entonces, como de eso es de los que más sabemos, por eso yo decía que esas medidas de higiene y protección son fundamentales.

Y termino también haciendo referencia a esa responsabilidad compartida a la que ha hecho referencia en su primera intervención el señor González, el portavoz de EH Bildu. Toda la ciudadanía somos responsables adoptando esas medidas de seguridad y de control, los cargos públicos, el Gobierno, las Administraciones Públicas, el sistema sanitario, las empresas también tienen una corresponsabilidad en lo que es la protección de los trabajadores y las trabajadoras, los sindicatos, los colectivos sociales, lo digo porque tenemos todos y todas una tendencia a decir: a mí ya me harán, ya me arreglarán, pero yo creo que la responsabilidad individual de cada uno y de cada una en función del puesto que ocupamos, yo tengo la mía también, en función de cómo hablo y cómo me expreso, todos tenemos la nuestra y yo creo que esa corresponsabilidad es fundamental porque sin ella pues vamos a tener muchísimas más dificultades. En todo caso, de los errores se aprende y si una vez pasado esto corresponde pedir responsabilidades, pues evidentemente se pedirán, y no seré yo quien deje de pedirlo en su caso. En todo caso, señora Consejera, muchísimos ánimos a usted, a todo su equipo y adelante.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora De Simón. Para finalizar este segundo turno damos la palabra de nuevo a la señora Consejera por un espacio máximo de diez minutos, flexible, porque sé que también va a intervenir la señora Nuin.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sera. Induráin Orduna): Yo quiero intervenir sobre todo para marcar lo que son elementos claves, porque es verdad que dar este mensaje es complicado y una cosa es un mensaje básico general de a quién, la misma Presidenta habló también en rueda de prensa de población vulnerable, a parte de la cual ya se está haciendo, ha salido, lo importante es de a quién y para qué, y lo comento porque a veces surge como un clamor las PCR, de la fiabilidad de las PCR en sintomáticos nadie duda, es la prueba princeps, por la que hemos apostado desde el principio y seguimos apostando, pero todos somos conscientes de que en asintomáticos y de manera generalizada es otra cuestión, porque obtendríamos una

foto fija. Vamos a ver, una empresa puede hacer PCR en asintomáticos y vale, sabe que ese día no tienen, ¿y si a los dos días empieza un trabajador con síntomas? Hay que hacer una PCR. Entonces, ¿cuándo?, ¿cada dos días, cada semana, cada mes, cada tres meses, cuatro, cinco?, porque, como también se ha comentado, este es un tema que va a durar. Entonces, ¿qué está marcado en la hoja de ruta que luego, porque si no se va extender mucho esta comparecencia, avanzará la Gerente de Salud Pública? Vamos a ver, hay una hoja de ruta que está prácticamente finalizada, con un cronograma marcado, que será en estos meses de mayo y junio, que en relación con esta etapa de desescalamiento y centrándolo, como se ha dicho, en la detección y en la vigilancia, básicamente va a reforzar el diagnóstico en personas con síntomas, da igual que sean síntomas leves o más serios. ¿En dónde? En todos los puntos del sistema sanitario: Primario, urgencias extrahospitalarias, urgencias de hospitales, etcétera.

Pero damos otro paso que a la hora de explicar todo esto es difícil, pero aquí sigue y en la hoja de ruta está, a personas asintomáticas pero que sean población vulnerable, ya se ha comentado de algunos que se están haciendo: pacientes en hemodiálisis, pacientes a los que se les va a someter a una intervención quirúrgica. Damos más pasos, tenemos marcado él y a quién, a pacientes que vayan a ingresar por urgencias, a pacientes que son vulnerables con otras situaciones, como pacientes oncológicos, en los que es muy importante para saber, los tratamientos o no, que lo tengan.

¿Con qué objetivo? Blindemos la protección en espacios que tienen alto riesgo de prevalencia del virus y ahí están hospitales, ahí están también las residencias sociosanitarias, como hemos comentado y como por cierto se ha hecho. Avanzamos más, avanzamos, como se verá en la hoja de ruta, pero test se han hecho a todos los residentes y trabajadores, con síntomas y sin síntomas, como he comentado antes. Damos otro paso más de avance y que incluiría PCR o igual otro tipo de test de anticuerpos. Objetivo claro, blindemos la protección en espacios con alto riesgo o prevalencia del virus. También tenemos las penitenciarías y blindémoslas por las personas que entran y también por los trabajadores, personas nuevas que se incorporan a trabajar en estos ámbitos, sanitario, sociosanitario, en los cuales también nos plantearemos PCR y test de anticuerpos. Pero también avanzamos en esta hoja de ruta que tenemos a otros colectivos que también son claves, porque personas o ciudadanos y ciudadanas vulnerables no solo tenemos en los centros sociosanitarios, también tenemos en domicilios a personas dependientes que son atendidos por cuidadores que a veces cambian y también nos lo planteamos.

Lo que Navarra plantea es poner al servicio de esta estrategia y de esta hoja de ruta toda la capacidad inmediata que tiene, por un lado, para PCR y, por otro lado, incluyendo nuevos test de anticuerpos que estamos comentando, de los cuales vamos a tener información en estudios como el de seroprevalencia, pero otros que estamos incorporando.

Y también en el ámbito sanitario vamos a realizar, como plantea la estrategia en la hoja de ruta, niveles de riesgo para, efectivamente, incorporar PCR, test Elisa, etcétera. Damos un salto, tenemos ahora capacidades y damos ese salto. Pero el tema es con qué criterios, a quién y para qué. Vuelvo a decirlo, estudios de seroprevalencia. Me he dado cuenta de que se me ha olvidado comentar uno, que es que aparte de este del propio Instituto de Salud Pública, aparte de este del Estado, el Departamento de Salud tiene uno foral, del Instituto de Salud Pública,

que estaba ya planteado, que es hacer un estudio de seroprevalencia propio con test Elisa que discrimine, que está planteado inicialmente para mil personas y que probablemente se amplíe mediante una red centinela. Está en diseño puesto que ahora el tema de participar en uno nacional de tan gran alcance ha hecho que esto vaya por una vía más lenta. ¿Los plazos?, los que he comentado.

Y le paso la palabra para siquiera hacer un resumen, que entiendo que es complicado de todo esto, a la doctora María Nuin.

SRA. DIRECTORA-GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (Sra. Nuin Villanueva): Partimos de que la PCR es la prueba diagnóstica de referencia para el momento del diagnóstico, aunque también, como ha dicho la Consejera, es una foto, es una imagen que puede variar al día siguiente, y en este tema a los asintomáticos también hay que tenerlos en cuenta.

Para la PCR tendríamos indicaciones en tres ámbitos, que es la población que acude al ámbito sanitario; todo lo que son instituciones cerradas, residencias y centros sociosanitarios de personas mayores, psicogeriátricos, residencias de personas con discapacidad y el ámbito penitenciario; y lo que es el ámbito laboral.

¿Dónde la extenderíamos en esta primera hoja de ruta que estamos planteando? Para el diagnóstico toda persona que acude a cualquier ámbito de atención sanitaria del Servicio Navarro de Salud: Atención Primaria, servicios de urgencias extrahospitalaria, atención hospitalaria, las consultas externas de atención hospitalaria, así como en todos los hospitales privados o personas que están en una institución cerrada y presentan síntomas y signos compatibles con una infección por nuevo coronavirus, independientemente de la gravedad del cuadro.

Y aquí sí que hay que ser sensibles, y yo creo que aquí hay que sensibilizar a la población, en que es muy importante captar a las personas con síntomas leves. Es cierto que los síntomas de la infección por coronavirus al principio empezamos con la triada de tos, fiebre y disnea, pero poco a poco se van ampliando. Entonces, es importante captar a todas las personas que están con una situación de síntomas leves porque probablemente son los que pasan más desapercibidos. Esto hablamos para el diagnóstico, pero también para el cribado de infección aguda. Y, sobre todo, ¿dónde haríamos eso?, en aquellos espacios donde una persona puede poner en riesgo a muchas más personas y también en los trabajadores que digamos pueden poner en riesgo a otras personas y también en personas vulnerables que van a sufrir más estas consecuencias.

Por tanto, en el cribado de infección aguda, ¿dónde lo planteamos? En pacientes que acuden a urgencias de un hospital con sintomatología no compatible con COVID y cumplen criterios de ingreso o que van a hacer un ingreso programado o que acuden a un hospital de día a recibir un tratamiento. De esta manera se podrán adoptar las medidas más adecuadas de aislamiento.

En los residentes que ingresan en un centro residencial por primera vez, acompañando de un test de anticuerpos, con el fin también de proteger el espacio de la residencia. ¿Y por qué decimos con un test de anticuerpos? Porque las dos visiones son importantes, la PCR nos está



dando una visión, en un momento la imagen de la infección más activa. En el caso de que sea positivo, desde luego, pues esa persona tiene que hacer un aislamiento, pero un test de anticuerpos también lo que nos permite ver es un poco la foto dinámica, si esa persona ha estado en contacto o no con el virus, si tiene una inmunidad elaborada o no, y eso también en personas que entran a las residencias y a espacios donde van a permanecer ya mucho tiempo nos parece importante.

También en residentes asintomáticos en situaciones en las que hay un brote en la residencia, y llamamos brote a que haya dos o más casos, de manera que digamos que en el momento en que surge esta situación podamos hacer al resto de los residentes asintomáticos también una PCR.

A todos los profesionales sanitarios de alto riesgo y sociosanitarios que han sido un contacto estrecho con el caso sin el EPI adecuado, según el criterio del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

A personas que se incorporan a trabajar por primera vez, y también aquí decimos lo mismo, si el resultado es una PCR positiva hay que aislarlos y, si no, complementarlo con un test de anticuerpos. Y aquí incluimos a profesionales sanitarios, sobre todo en entornos de alto riesgo, según el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales; profesionales sociosanitarios, también según el Servicio de Prevención de Riesgos; profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio que acuden a domicilios de personas mayores y que pasan además por varios domicilios; profesionales de prisiones y personas empleadas del hogar que se incorporan al cuidado de personas dependientes.

También incluiríamos en este grupo a profesionales sanitarios en un momento de moderada alta transmisión comunitaria y/o que estén asignados a servicios con pacientes, fundamentalmente COVID, y/o que cambian de actividad de zona COVID a una zona no COVID. Aquí tendríamos que definir qué servicios son de alto riesgo, de medio y de bajo, que esto los centros hospitalarios ya lo van definiendo y los servicios de prevención. Tendríamos que ver prioridades y tendríamos que ver también con qué periodicidad. Y lo mismo en el espacio sociosanitario, todo lo que se lo aplicamos al espacio sanitario se lo aplicamos al sociosanitario porque la realidad, por lo menos en esta primera etapa, nos ha dicho que aún es de más riesgo.

Profesionales sociosanitarios que en un momento de moderada alta transmisión comunitaria y/o que en la residencia hay una presencia de un brote, llamándole así a dos o más casos, pues se le realice también una PCR junto con test de anticuerpos.

También en un tercer espacio para el alta tras el seguimiento, que ya se está haciendo en muchas personas, pacientes hospitalizados COVID al alta que van a instituciones cerradas. Residentes con COVID tras el aislamiento incluso dentro de la propia institución cerrada o que están en un recurso intermedio, por ejemplo, la residencia Félix Garrido, y al alta para ser trasladado de nuevo a la institución. Y también personas con COVID que conviven en un domicilio colectivo que han tenido que trasladarse a otro espacio para hacer el aislamiento en un recurso intermedio y que de nuevo vuelven a dicho domicilio. También a profesionales sanitarios, sociosanitarios del Servicio de Ayuda a Domicilio que acuden al domicilio de

personas mayores y trabajadores de prisiones con COVID-19 antes de reincorporarse al trabajo.

Estos serían los casos donde ampliaríamos para realizar PCR.

Y de modo complementario, ¿cuándo realizar un estudio de anticuerpos? Hasta ahora con los estudios de anticuerpos ya es de sobra conocida la experiencia, no la voy a repetir, pero ya estamos empezando a tener test Elisa, hay pocos validados aún, pero ya va empezando a haber, y esto de cara al futuro también nos da mucha seguridad. Vamos a ver cómo va todo el estudio de prevalencia y cómo se comporta este test rápido IgG, IgM en personas asintomáticas, pero el tener también un test Elisa nos permitirá ver no solo el dato cualitativo de si hay anticuerpos o no lo hay, sino también el dato cuantitativo que haga ver la inmunidad.

En este caso, ¿dónde lo empleamos? Ya lo estábamos empleando, sobre todo, en el ámbito hospitalario y también en Atención Primaria en personas con PCR negativa, en cualquier ámbito de atención en el que da negativa pero la sospecha clínica y/o epidemiológica es elevada y que tiene una clínica compatible. Entonces, ese es uno de los espacios.

También estamos empleando en este momento los test rápidos en la valoración de la respuesta inmunitaria una vez finalizado el aislamiento de los casos que se definieron en su momento como casos posibles en el ámbito de Atención Primaria.

Y también nos gustaría conocer la situación inmunitaria en personas asintomáticas, digamos cada vez más, como digo, hacia los anticuerpos Elisa y priorizándolos sobre todo en algunos espacios, por ejemplo, pacientes especialmente vulnerables que tienen que acudir a centros sanitarios a recibir el tratamiento de quimioterapia, radioterapia, diálisis, tratamientos inmunosupresores, VIH.

Residentes en instituciones cerradas. Si estamos en una situación de que hay dos o más casos haremos primero una PCR, pero si solo requerimos el estudio inmunitario pues haremos estos test de anticuerpos.

Profesionales sanitarios y sociosanitarios en activo, tal como se ha señalado. Aquí también nos interesa la PCR en un momento dado, pero también la situación inmunológica.

Profesionales de prisiones y las nuevas incorporaciones que hemos quedado de profesionales sanitarios, sociosanitarios, del SAD, de personas que se incorporan al cuidado de las personas dependientes porque se van a quedar ahí mucho tiempo.

También en profesiones esenciales, y aquí está un tema nuevo que aparece, que es el de los contactos en el que en principio se puede hacer una PCR. Habría que ver cuál es el momento adecuado. Lo que en este momento el ministerio está también actualizando es la guía de utilización de test, que hasta ahora solo contemplaba a personas con síntomas, y que yo creo que dada también la generalización que se ha hecho a nivel de todo el Estado de estos test rápidos en personas asintomáticas lo está incorporando, y una propuesta que hace, que yo creo es muy útil, a personas de contacto estrecho de un caso al inicio de ser detectado como contacto y al cabo de veintidós días desde el inicio de la cuarentena.

Estos serían los espacios en los que en este momento aumentaríamos tanto las PCR como los test de anticuerpos.

Y en cuanto a los estudios de seroprevalencia, ya hemos hablado de que en este momento se está haciendo a nivel estatal y, por supuesto, también en nuestra Comunidad el estudio nacional de epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España, el de ENE-COVID se llama. Este estudio lo dirige el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, pero se ha hecho un equipo, un grupo de trabajo que está actuando de manera totalmente coordinada entre Salud Pública, Atención Primaria y el Servicio Evaluación de Resultados de Sistemas de Información.

Como ya ha dicho la Consejera, se va a hacer mediante un test rápido de anticuerpos que diferencia IgM, IgG y a la vez también se va a ser correlacionar, por una parte, la digitopunción con la venopunción y, por otra parte, también se va a correlacionar con un test Elisa. Se va a hacer en tres olas, o sea, va dirigido a dos mil ciento sesenta personas agrupadas en casi ochocientas familias. Entonces hacen, digamos, tres olas, tres extracciones ¿Y esto qué nos va a permitir ver? Pues no solo la prevalencia en un momento dado, sino también cómo va evolucionando la serología en la enfermedad, cómo va evolucionando la transmisión de la enfermedad y, además, cómo va evolucionando dentro de la propia casa, o sea, lo que es la transmisión intrafamiliar que tiene un papel muy importante en este tema.

Por otra parte, nosotros aquí también a nivel de Navarra, desde el Instituto de Salud Pública, ya llevábamos tiempo pensando en hacer un estudio sobre prevalencia. Digamos que este estudio va a tener tres olas, no sabemos qué pasará después porque ya hay voces que dicen: pues que siga para adelante para para poder ir viendo la foto dinámica con el tiempo. Queremos hacer un estudio aquí que nos permita, a partir de muestras analíticas fundamentalmente, poder repetirlo todas las veces que queramos, que seamos autónomos con él y podamos hacer todas las periodicidades que necesitemos, bien en función de la situación epidemiológica o de diferentes cortes transversales.

Y también, desde luego, es importante hacer estudios de seroprevalencia de profesionales de más riesgo...

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Señora Nuin, tiene que ir acabando.

SRA. DIRECTORA-GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (Sra. Nuin Villanueva): ... y también pensamos, una de dos, o lo haremos en este momento o esperaremos, porque si realmente se intensifica la PCR y la serología de una manera más generalizada a todos los profesionales pues probablemente ya tengamos ahí la muestra.

Sí nos parece importante para, además de pasar esta etapa, prepararnos para el otoño, como se comentaba, y, desde luego, ahí sí que tenemos que tener una foto de cómo está la inmunidad de todos los profesionales sanitarios y sociosanitarios de cara a lo que nos podamos enfrentar después. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Nuin. Finalizado este segundo punto en el orden del día, damos por finalizada la Comisión no sin antes, obviamente, despedir a la Consejera, Santos Induráin, al señor Manuel Carpintero Navarro, a la señora

María Ángeles Nuin Villanueva y a la señora Ana Ariztegui Echenique, y también al jefe de gabinete de la señora Consejera, que le he visto hace un poco por ahí, y nos alegramos mucho de que se haya recuperado adecuadamente. Y ahora sí, agradeciendo también la Presidencia a todo el personal, como no puede ser de otra manera, sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión, muchas gracias.

(Se levanta la sesión a las 18 horas y 31 minutos).