



DIARIO DE SESIONES  
DEL  
**PARLAMENTO DE NAVARRA**

---

X Legislatura

Pamplona, 12 de junio de 2020

NÚM. 13

---

**TRANSCRIPCIÓN LITERAL**

**COMISIÓN DE SALUD**

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

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 12 DE JUNIO DE 2020**

**ORDEN DEL DÍA**

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar la interpretación de los resultados preliminares del estudio de seroprevalencia y las acciones que van a implementar en Navarra a la vista de dichos resultados.

(Comienza la sesión a las 9 horas y 23 minutos).

**Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar la interpretación de los resultados preliminares del estudio de seroprevalencia y las acciones que van a implementar en Navarra a la vista de dichos resultados.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Buenos días, egun on. Damos comienzo a la Comisión de Salud con un único punto en el orden del día: Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para que explique la interpretación de los resultados preliminares del estudio de seroprevalencia y las acciones que van a implementar en Navarra a la vista de dichos resultados. Para este primer y único punto nos acompañan la señora Consejera, bienvenida, Consejera, la señora Ascunce, Jefa del Servicio de Epidemiología del Instituto Navarro de Salud Pública y el Señor Iribarren, Jefe de Gabinete de la señora Consejera. Bienvenidas, bienvenido y muchísimas gracias por estar hoy en esta Comisión. La comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Navarra Suma, por lo tanto, tiene la palabra su portavoz, la señora Ibarrola, para explicar los motivos de dicha solicitud.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Muchas gracias, Presidenta. Buenos días y bienvenidos, Consejera, señora Ascunce, señor Iribarren. España y Navarra en concreto saldan esta crisis con unos de los peores resultados tanto en tasa de mortalidad por covid como en exceso de mortalidad, que son los datos de resultados más objetivos y comparables. Les pilló esta crisis totalmente desprevenidos, sin EPI, sin test, sin realizar estudio de contactos en las primeras semanas de mayor afectación, y todas las medidas se han ido tomando tarde, restricción de concentraciones de personas, utilización de mascarilla, realización de PCR a todas las personas con síntomas, rastreo de contactos, PCR a contactos, todo tarde. Llevamos desde el inicio de esta pandemia pidiéndoles explicaciones sobre las razones por las que ustedes no utilizaron toda la capacidad que tenía Navarra para hacer más pruebas, que hubiera minimizado los daños, estamos convencidos, pero ni usted ni la Presidenta hasta ahora han dado respuesta. Y también hemos insistido en que Navarra realizara un estudio de seroprevalencia propio más ambicioso, con una muestra mayor, además del que ya están realizando en coordinación con el ministerio y el resto de comunidades. Tampoco nos hicieron caso en esto. Suponemos que entienden que el estudio nacional da respuesta a todas las cuestiones que ustedes necesitan saber de cara a plantearse acciones o planes preventivos a futuro que mejoren la respuesta que se ha dado hasta ahora. Nosotros pensamos que el estudio de seroprevalencia propio se podía mejorar respecto al anterior y que es un error no haberlo hecho. Hoy no queremos que nos exponga los resultados del estudio de seroprevalencia, que los conocemos y los hemos analizado, lo que queremos y el motivo de la comparecencia es que nos dé la interpretación que ustedes hacen de esos resultados preliminares y qué acciones se plantea el departamento implementar con base en esos resultados. Esperamos que nos diga también las razones por las que no han hecho ese estudio de seroprevalencia propio, así como las razones por las que decidieron no utilizar esta capacidad máxima que tenía Navarra para realizar PCR, que estamos convencidos de que hubieran reducido sustancialmente contagios y fallecimientos. Concluyendo y de forma muy clara, no quiero que nos exponga los resultados del estudio sino que nos dé su interpretación de los mismos y que conteste por qué no han realizado el estudio de seroprevalencia propio al menos hasta ahora. Escucharemos atentamente sus explicaciones. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. Para su turno de exposición tiene la palabra la señora Consejera por un espacio máximo de treinta minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Señoras y señores Parlamentarios, buenos días, egun on. Vamos a abordar un aspecto que, desde luego, es muy relevante e importante en el momento en el que nos encontramos como son los diferentes estudios de seroprevalencia que, como creo que es conocido, tratan de medir el nivel de inmunización que tiene la población, una cuestión que no solo nos da una foto de lo sucedido, de cuántas personas han pasado esta enfermedad, sino de lo que puede venir, de cuántas personas están protegidas —lo que se mira son los anticuerpos que tienen frente al virus— y cuántas no ante un nuevo y posible episodio de covid-19 que nadie desea pero que nadie descarta tampoco.

Me acompaña en esta ocasión la doctora Nieves Ascunce, que es la Jefa del Servicio de Epidemiología y de Prevención Sanitaria del Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral, que no solo ha sido la directora en Navarra de este estudio de seroprevalencia a nivel estatal sino que es una de las profesionales con mayor y más contrastada trayectoria en este campo en Navarra. Sí que me parece que es importante para conocimiento de todos que les detalle y les dé unas pinceladas de lo que supone este estudio en el covid porque a día de hoy es el principal material que tenemos sobre este asunto y he de decir que hay pocos estudios a nivel europeo que estén realizados con tal cantidad de población y que tengan sobre el tema de seroprevalencia tanta entidad. Ella les va a comentar algún dato relevante de esta segunda ola del estudio de seroprevalencia, es un estudio que desde el Ministerio de Sanidad se ha hecho con el Instituto Carlos III y todos los servicios de salud de las comunidades autónomas, entre ellas nuestra Comunidad Foral. Esta semana empezábamos la tercera ola, en la segunda había un ligero incremento, aunque no era significativo, de los anticuerpos IgG contra el coronavirus de la población navarra con respecto a los que salieron en la primera oleada, que se hizo pública el pasado 13 de mayo, y lo que se ve en esta segunda oleada es que la presencia de este tipo de anticuerpos que nos marcan la inmunidad frente al covid-19 está en un 6,4 por ciento de la población navarra, cifra un poquito superior, y eso no es relevante, respecto al 5,8 por ciento de la primera oleada. A nivel nacional es un 5,2 por ciento el porcentaje de población que tiene anticuerpos frente al covid-19. Han participado en Navarra 1.755 personas, una cantidad importante, y además con un porcentaje de adherencia que incluso ha hecho que sea un poco superior a la primera oleada. Este estudio consiste en un cuestionario epidemiológico y un test de anticuerpos mediante sangre capilar que luego se completa con un test de anticuerpos en suero por la técnica de inmunoensayo, que es un sistema más preciso para validar los datos de la muestra inicial. De todas maneras, aprovechando la presencia de la doctora Ascunce, voy a pasarle la palabra para que ella les dé unas pinceladas y después, efectivamente, comentaré a la vista de estos datos las conclusiones, qué medidas o acciones se derivan de los resultados que estamos obteniendo en este estudio que, como comentaba, aún no ha acabado. Cuando quiera, doctora Ascunce.

JEFA DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA DEL INSTITUTO NAVARRO DE SALUD PÚBLICA (Sra. Ascunce Elizaga): Gracias, Consejera. Buenos días a todos. Efectivamente, pretendemos dar unas pinceladas sobre este estudio, cómo se ha hecho, qué significado tiene y qué significado puede tener para nosotros en un futuro inmediato. Como ha señalado la Consejera, este es un estudio que se realiza de la misma forma y de la misma manera en todo el Estado y eso nos va

a permitir tener por primera vez quizá unos datos que realmente son comparables y homogéneos para todo el territorio. Hasta ahora seguimos teniendo informaciones varias sobre número de casos, número de fallecidos, número de personas, pero, como bien saben, todo está muy condicionado a nuestra propia actividad. Esto no, esto se ha hecho de la misma forma para todas las comunidades y los resultados que de esto se obtienen sí que son comparables y nos pueden hacer pensar en una forma y un sentido cómo realmente se está comportando esta enfermedad en todo el territorio. Es un amplio estudio, como ha señalado la Consejera, coordinado por el Ministerio de Sanidad cuya dirección científica corresponde al Instituto de Salud Carlos III, con gran experiencia en el desarrollo de este tipo de trabajos, y las comunidades autónomas somos las que realmente hemos ejecutado las actividades aunque inicialmente se pretendía o se pensaba que también se realizaría de forma descentralizada. Yo creo que ha sido un acierto que lo hayamos hecho nosotros, organizándolo desde aquí, porque realmente nos está permitiendo obtener unos resultados muy buenos.

La coordinación está en el Instituto de Salud Pública, con experiencia también en este tipo de trabajos y con la colaboración, que no quiero dejarme, de la dirección de Atención Primaria y del Servicio de Evaluación y Difusión de Resultados, que nos está ayudando en todo lo que es el manejo de la información, y obviamente la atención a los participantes se ha realizado en los centros de salud, en treinta y cuatro centros de salud, que son en los que residían las personas que han sido seleccionadas para incorporarse al estudio. Tampoco quiero dejarme que todas las muestras se han procesado en el laboratorio de microbiología del Complejo Hospitalario de Navarra.

Como bien saben, el objetivo de este trabajo era y es, porque todavía continúa, estimar la prevalencia, como ha comentado la Consejera, de la infección por SARS-coV-2 mediante unas técnicas bien desarrolladas, bien validadas y a nivel de todo el territorio español, y no solo calcular esta prevalencia o estimar esta prevalencia sino también ver cómo podría evolucionar o cómo cambiaba a lo largo de todo este tiempo en el que se está desarrollando el trabajo. Es una metodología entendemos que muy buena y que, a diferencia de otros estudios que se han realizado en otros países, verdaderamente nos va a permitir sobre todo ver esta evolución, que es lo que le diferencia de otros estudios.

También es muy significativo o un poquito especial el tipo de muestra que se ha utilizado. Estamos acostumbrados todos a trabajar más con muestras aleatorias, que seguro que todo el mundo sabe lo que es, donde todos tenemos la misma probabilidad de participar o de ser seleccionados para trabajar en el estudio. Este es un poquito distinto, no es un aleatorio simple, o sea que no todos tenemos la misma posibilidad, se quería que los datos fueran representativos de las provincias, no solo de las comunidades sino de las provincias, y también que fueran representativos por grupos de edad porque nos interesa mucho saber cómo se comporta la enfermedad en diferentes grupos de edad por sexo y también que permitiera de alguna forma diferentes estratos de población, por tamaños de población también ser representativo. Entonces, de alguna forma también es estratifica. Pero lo curioso es que no se eligen las personas sino que se eligen los hogares. Aquí la unidad de muestreo es el hogar. ¿Por qué? Porque realmente, además de conocer esa prevalencia a través de esta muestra, que al final sí que es representativa de toda la población, lo que nos va a permitir conocer muy bien es cómo se mueven las personas en su ambiente más estrecho, que es el ámbito domiciliario, donde se

estimaba y se pensaba y yo creo que se está confirmando que es donde más se está produciendo la transmisión del virus entre los diferentes grupos.

Se seleccionaron inicialmente treinta y seis mil hogares para toda España, con un volumen de población inicialmente de aproximadamente noventa mil personas, estimando que se recogerían al menos sesenta mil participantes para dar esa representatividad a todos los datos. En Navarra nos correspondieron ochocientos cuarenta y cuatro hogares, inicialmente con dos mil doscientas setenta personas, que se tuvieron que reajustar contactando directamente con todos ellos, y aquí sí que hemos visto que este muestreo inicial o esta información inicial que proporcionó el INE no se ajusta del todo, como siempre pasa, a la realidad. Ha habido muchas personas a las que ha habido que dar de baja porque realmente no viven en esos domicilios y, al contrario, ha habido muchas personas a las que les hemos dado de alta porque sí que viven. Al final nos quedamos con dos mil quinientas cuarenta y ocho personas, que son con las que realmente hemos contactado, se les ha llamado desde el instituto, se hacía una primera encuesta sobre cómo era su hogar, un poco con ese objetivo que les digo de ver como podría ser la transmisión dentro del propio hogar, ofrecerles el estudio, pedirles la colaboración y darles una cita en el centro de salud que les íbamos a asignar para hacer el trabajo.

El trabajo se está desarrollando en tres rondas separadas entre sí por una semana. La ronda se desarrolla a lo largo de quince días y separada por esa semana volvemos a invitar a las mismas personas. El objetivo es que entre una invitación y otra, entre una prueba y la siguiente, hayan pasado al menos un periodo de incubación. Se pretende que pasen como veinte días, veintiún días, tres semanas, pero se asegura que pasen al menos un periodo de incubación para intentar captar o detectar esos posibles nuevos casos o esas posibles nuevas infecciones y su ámbito de transmisión.

El 27 de abril se inició la primera semana de la primera ronda y en este momento estamos terminando la primera semana de la tercera ronda y la semana que viene ya finalizaremos las tres rondas y ya tendremos los resultados completos. En el centro de salud, que es donde se realiza el trabajo, el personal de enfermería, que está especialmente formado para la realización de este trabajo, además de volver a explicarles lo que es el estudio, en este caso con mucho más detalle, les explica el propósito, por qué queremos estas muestras, qué pretendemos obtener con esta información y, evidentemente, se les solicita su participación, pero además con un consentimiento que recoge las diferentes partes del estudio y que permite además a la persona participar en parte o en todo el trabajo.

Una vez confirmada esta participación se realiza una encuesta con la que de alguna forma pretendemos conocer antecedentes de enfermedad, antecedentes de síntomas, cómo se comporta esa persona en su ámbito social y familiar, los principales factores de riesgo que ha podido tener, enfermedades de base, es una encuesta bastante completa que nos va dar mucha información respecto a cómo se ha podido infectar o cómo se ha podido contagiar o cómo se ha podido desarrollar la enfermedad. Y lo que verdaderamente nos va a dar el resultado de esta prevalencia de anticuerpos son las determinaciones microbiológicas. Inicialmente se pensó en hacer solo un test rápido porque operativamente era mucho más sencillo de hacer, un test rápido que se ha hecho, o sea que se está realizando, un test rápido absolutamente validado en el que se diferencian las dos bandas, la IgM y IgG, la IgM como indicador de unos anticuerpos

que aparecen al principio, como una primera reacción del organismo ante la infección, y una segunda banda que recoge la IgG, que son ya los anticuerpos de alguna forma protectores que se mantienen a lo largo del tiempo, que aparecen más tarde pero que son los que realmente indican que la persona ha pasado una infección y que además ha dejado inmunidad al respecto.

Entonces, inicialmente, como digo, se pensó que este test rápido sería suficiente pero se quiso completar, por darle más validez al trabajo y además por validar el propio test, con una medición de anticuerpos también en suero, más deficiente desde el punto de vista organizativo y operativo pero verdaderamente con una posibilidad de obtención de resultados mucho más válidos y mucho más concretos. Y eso es lo que se ha hecho. En este caso este test del SARS por Elisa detecta solo IgG, o sea los anticuerpos que realmente nos van a indicar protección o que la persona ha pasado una infección anterior.

Se está estudiando la concordancia entre los dos test, no va a ser perfecta, como todas las cosas en medicina y en la vida, pero sí que hay un grado de acuerdo muy alto, por encima del 97-98 por ciento, aunque, como digo, el grado de acuerdo no es total, pero, bueno, no tiene más trascendencia.

Y en cuanto a resultados, no demasiados, pero algunas pinceladas de lo que entendemos que puede ser importante además a la hora de explicar cómo se ha comportado la enfermedad o la infección en nuestro medio. Disponemos de los preliminares de las rondas 1 y 2, son resultados todavía muy preliminares, como digo, todavía no hemos terminado ni tan siquiera la 3, y los datos que tenemos de prevalencia de anticuerpos se refieren solo a la banda IgG del test rápido, no tenemos información todavía de la IgG de la analítica sanguínea, que realmente va a ser un poco nuestro test de referencia, pero también les adelanto que tampoco va a ser muy diferente, o sea que todas las conclusiones que saquemos o la información que tenemos respecto al test rápido prácticamente se va a confirmar con la IgG del test sanguíneo.

Los sesenta mil participantes que esperaba la organización realmente se han obtenido, incluso se han superado, sesenta y un mil, sesenta y tres mil en la segunda ronda, y con una participación bastante parecida a lo que la organización estimaba, un 63 por ciento, un 65 o 66, dos puntos más, en la segunda ronda o un 75 si consideramos las personas con las que realmente se contactaba, y en Navarra, como siempre, hemos sido más participativos, estamos acostumbrados a responder muy bien siempre a las iniciativas y a las solicitudes que hacemos desde los sistemas y es prácticamente diez puntos por encima, 75 y 76 por ciento respecto a todos los contactados y superando el 85 por ciento respecto a los que realmente se les ofrece la información. Aparte de reconocer el hecho lo que de alguna forma quiero transmitir es que va a ser representativo, o sea que la participación es suficientemente alta tanto a nivel nacional como a nivel de la Comunidad como para que los datos que obtenemos sean verdaderamente representativos de la población general, que es para lo que se hace.

Es una participación alta, hay que pensar que lo hicimos, sobre todo la primera fase, en un tiempo en el que las personas estaban en sus domicilios, todavía estábamos prácticamente confinados, era más fácil la localización y también la situación, y luego lo que vimos es que las personas tenían mucho interés por la enfermedad, como no podía ser de otra forma en el momento en el que estábamos viviendo y además, también muy legítimo, un interés personal por conocer cuál sería su situación inmunitaria, y eso es lo que les ofrecía además este estudio.

Obviamente tengo que resaltar la capacidad de los profesionales que se encargaron de la citación, que en este caso fueron todo el personal que trabaja en los programas de detección precoz de cáncer de colon y de mama y que están muy acostumbrados también a tratar con este tipo de personas y con este tipo de ofertas.

También en las previsiones de trabajo se estimaba que, evidentemente, no todo el mundo iba a colaborar o iba a aceptar la realización de la extracción de sangre. De hecho, se estimaba que no más de un 70 por ciento de las personas que aceptaban participar y hacerse el test rápido aceptarían la extracción de sangre, pero no, hay que reconocer que las personas que han participado han sido extremadamente colaboradoras y en prácticamente el 90 por ciento de los casos han aceptado también la extracción sanguínea. Y aquí tengo que decirles que los participantes son desde niños o bebés de meses hasta personas muy mayores, por encima de los noventa años, y yo he visto cómo a los niños, a los bebés se les extraía sangre, con lo cual mi absoluto reconocimiento en este caso a todos los participantes y por supuesto a los padres de estos niños que nos han dado una información muy interesante y relevante.

Como ya ha señalado la Consejera, el dato que esperábamos todos, esa prevalencia de anticuerpos en la población general de un 5,2 —5-5,2 dependiendo de las rondas—, a nivel nacional 5,8, a nivel de la Comunidad 6,4, un poquito más alto, sin gran diferencia entre las dos cifras porque con el intervalo de confianza que nos movemos prácticamente decimos que no hay significación, pues estamos hablando de alrededor de unas cuarenta mil personas inmunes en Navarra, personas que, sea como sea, han contactado con el virus y han sido capaces de desarrollar anticuerpos IgG protectores o anticuerpos que manifiestan o que demuestran ese contacto con el virus. Desde luego que es mucho más baja de lo que nos permitiría estar muy tranquilos, esa inmunidad del 60 o 70, una inmunidad del grupo que nos permitiría o que impediría al virus una transmisión cómoda por esa falta de personas susceptibles, pero es lo que tenemos, alrededor de un 6 por ciento de población inmune, con una gran capacidad teórica de transmisión y que tenemos que abordarla en los próximos días o en los próximos tiempos como se merece.

Como hemos comentado algunas veces, es más baja de lo que nos gustaría, más baja de lo que pensábamos incluso, porque estábamos viviendo en un mundo en el que todo parecía o fue coronavirus, en el que era muy frecuente decir: seguro que lo he pasado, seguro que estoy contagiado cuando en realidad parece que no fue tanto como nosotros creíamos. Estábamos detectando todo lo grave, todo lo que producía mucho más impacto en la población pero por debajo quizá existía mucho menos de lo que nos parecía, que ni es bueno ni es malo, es lo que es y es lo que ha pasado a lo largo de todos estos meses.

Entre una y otra ronda, que son los datos de que disponemos en este momento, muy poquitas personas se han seroconvertido, han pasado de ser negativos en la primera a ser positivos en la segunda, lo que traduce esa poca capacidad de transmisión o esa poca capacidad de contacto que también hemos tenido entre una ronda y otra, que, como les digo, han pasado alrededor de veinte días entre todas. Concuera con el limitado número de casos que realmente estamos confirmando, o sea que sí que en este caso estamos hablando de lo mismo tanto a nivel de casos confirmados de lo que estamos viendo en realidad, de lo que está por debajo a través de esta encuesta.

Y es importante también toda la evaluación que se ha hecho de los síntomas referidos por las personas. En esa encuesta les preguntábamos por diferentes síntomas que pueden estar relacionados con la infección o con la aparición de la enfermedad y se definió como un posible caso o casos posibles cuando concurrían tres o más de estos síntomas: respiratorios, dolores de cabeza, síntomas digestivos, etcétera, o la presencia súbita de anosmia. Según esta definición y aplicando este criterio, como digo, en la ronda primera se identificaron casi un 14 por ciento de los participantes a nivel nacional y un poquito más en Navarra, alrededor de casi el 16 por ciento, lo que nos haría pensar, según lo que refieren esas personas con estos síntomas, que hubiéramos tenido hasta ese momento casi cien mil casos posibles, según lo que referían, como digo, esas personas, si lo comparamos con las cuarenta mil que hemos confirmado, hay una gran diferencia y además tendríamos que quitarles los que, como luego veremos en el siguiente apartado, son asintomáticos, o sea que realmente la sintomatología es indicativa de una posible infección, pero desde luego no es seguro ni muchísimo menos que tener esos síntomas se traduzca en una infección real. Y también es muy distinto dependiendo de los síntomas, las personas que han tenido uno o dos síntomas tienen un porcentaje de protección o un porcentaje de detección de anticuerpos de alrededor de un 5 por ciento, los que tienen entre tres y cinco suben ya al 7 y pico, con más de cinco síntomas subimos al 14, y lo que ha sido muy curioso y se repite además en las dos rondas es que el 40 por ciento de las personas que han tenido anosmia tienen anticuerpos protectores, probablemente uno de los síntomas más claros de la infección.

Y respecto a los casos más recientes, los que presentaban síntomas en las dos semanas anteriores, también ha habido un cambio muy importante a lo largo de las dos rondas, de las cuatro semanas, cinco semanas que se ha desarrollado el trabajo, pasando de un 6 por ciento en la primera ronda, el 6 por ciento de las personas encuestadas habían tenido síntomas sugestivos de la enfermedad en el periodo en incubación, en las dos semanas previas, a un 0,2 en esta última semana que estamos analizando, que supondría en Navarra alrededor de mil doscientos casos sospechosos y que concuerda muy bien con lo que realmente en este momento estamos sospechando en Atención Primaria e intentando confirmar.

También un poco como medida de fiabilidad del estudio, he de decirles que entre un 80-90 por ciento de las personas que declararon que se les había hecho una PCR por presentar síntomas sugestivos y cuyo resultado había sido positivo en un plazo máximo de catorce días daban positivo también en el estudio, luego concuerda muy bien.

Realmente queda mucho por analizar y por presentar, realmente ni tan siquiera hemos terminado el trabajo, pero yo creo que va a ser una buena forma de conocer los riesgos, los ambientes de transmisión y entiendo que de ver verdaderamente cómo se comporta. En dos semanas como mucho tendremos los resultados de esta última ronda, de la tercera, y esperamos que en poco tiempo tengamos también el resto.

Quiero terminar esta presentación agradeciendo a todos los profesionales que están trabajando y que están haciendo posible este trabajo y sobre todo a todas las personas participantes que con su desinteresada colaboración nos están ayudando a conocer mucho mejor cómo es esta enfermedad y cómo se está presentando. Muchas gracias.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Muchas gracias, doctora Ascunce. La verdad es que era importante conocer la relevancia de este estudio que, como decía, no hay otro a nivel



europeo de este número de pacientes y que todas las comunidades autónomas han valorado tanto su metodología como su diseño y ha habido una implicación muy importante por todo lo que ya se ha explicado. Estos datos, que van a ser complicados porque ya estaba previsto así también en Navarra como lo presentamos, nos pueden llevar a un doble nivel de reflexión: por un lado, a una comparativa con otras autonomías, otros países, sobre el nivel de inmunidad y, por otro lado, a centrarnos en nuestra propia realidad y a valorar aquello que estamos realizando, reforzando lo que es positivo y corrigiendo aquello que veamos que quizás hay que encauzar de otra manera. Navarra, como se ha visto en el primer apartado, se encuentra por encima de la media estatal tanto en la primera ronda como en la segunda pero quizás estas comparaciones no aportan demasiado a nivel práctico, por lo que preferimos volcarnos en trabajar con la realidad que tenemos intentando aprender de todos y de todas, y en esto estamos y lo comento.

Respecto a la vigilancia epidemiológica, intensificando el sistema de vigilancia que recibe información diaria tanto de los casos sospechosos como de los casos confirmados por parte del Instituto de Salud Pública, esto permite adoptar medidas de control y también nos permite tener un conocimiento y un seguimiento de cómo va la epidemia y permite a los gestores de los recursos asistenciales disponer de la información necesaria de cara a readaptarlos o de cara a realizar previsiones a corto o medio plazo. Esta información se alimenta de toda la integración de fuentes de información, como Andia, que es el aplicativo navarro de integración asistencial, Atenea, que es la historia clínica electrónica de atención primaria, HCI, que es la historia clínica de atención especializada, y Bardena, que es una fuente anonimizada de todos los datos. Como fuente complementaria, disponemos de una herramienta que diariamente monitoriza el número de casos sospechosos y confirmados tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias hospitalarios para detectar de forma temprana posibles rebrotes que pueda haber. Es un sistema de alerta temprana que nos avisa si algo pasa en algún sitio para que lo analicemos.

Este estudio ha permitido que conozcamos la prevalencia de anticuerpos protectores en la población de la Comunidad y, como ya se ha comentado, la evolución a lo largo del tiempo que se está desarrollando entre mayo y junio, pero es necesario seguir evaluando este indicador y nos planteamos realizar más estudios de seroprevalencia, en este caso dentro de la propia Comunidad. Esto lo comentamos aquí cuando la doctora Marian Nuin presentó la estrategia navarra de test, en esto se estaba y lo comentamos ya hace bastante tiempo, yo creo que de eso hay constancia. Y con este objetivo lo que planteamos es realizar en otoño analíticas para determinación de anticuerpos IgG en una muestra de aproximadamente unas mil personas para estimar la prevalencia por grupos de edad y sexo. A estas personas seleccionadas se les realizaría en los cupos de los médicos centinela de atención primaria. Como saben, hay una red desde hace años de médicos centinela para el tema de la gripe, médicos de familia y pediatras, y entonces este era el planteamiento que estaba hecho desde el Instituto de Salud Pública, y en función de los resultados, si fuera necesario, se volvería a repetir en el intervalo de tiempo que la situación epidemiológica requiera.

También probablemente el ministerio, a la vista de todos estos buenos datos y de cómo se ha realizado este estudio, plantea que igual en otoño podría repetirse otra oleada. Este es un tema que probablemente se tratará —hoy por la tarde hay un Consejo Interterritorial— en estos días. Por otro lado, para nosotros, más allá de estudios globales, en lo individual es fundamental

garantizar el diagnóstico de casos sintomáticos en estadios iniciales de la enfermedad, garantizando la realización de PCR a toda persona que presenta síntomas sugestivos de covid, sean leves o sean más severos, y como saben y ya hemos comentado, esto se realiza ya en Navarra desde hace tiempo y mayoritariamente en atención primaria, más del 90 por ciento.

Lo estamos reforzando también con campañas informativas para sensibilizar a la población sobre la necesidad de contactar con el sistema sanitario, con atención primaria, siempre que se presenten síntomas y ante cualquier caso se identificarán y se controlarán, como estamos haciendo, los contactos estrechos a fin de recomendar la cuarentena durante el tiempo establecido, contactos a nivel familiar en los que se realiza en las primeras cuarenta y ocho horas una PCR, contactos a nivel social y a nivel laboral, a los que se hace un seguimiento telefónico y a los que también en cuanto presentan síntomas se les realiza PCR y en los que en todo caso en este periodo de aislamiento siempre se realiza PCR. Un resultado negativo por ejemplo inicial no exime de realizar la cuarentena y el identificar si uno de esos contactos es un caso nos permite ampliar también los contactos de este nuevo caso confirmado. En este momento esta identificación y este seguimiento se están realizando de forma centralizada con personal especialmente formado del servicio de consejo sanitario pero en coordinación con Salud Pública y con Atención Primaria. Hay un total de veintiún personas que están contratadas, son enfermeras de consejo, que realizan este rastreo en tres turnos de forma ininterrumpida durante toda la semana desde un *call center*. Salud Pública también ha basculado internamente su plantilla, reforzando la rama epidemiológica, así como el sistema de guardias. También se prestará especial atención al diagnóstico precoz y lo estamos haciendo identificando contactos y diagnósticos precoces entre colectivos específicos como profesionales sanitarios, sociosanitarios, de residencias de mayores, etcétera. Yo creo que de esto hemos hablado en otras ocasiones, pero lo remarco porque para nosotros es un aspecto fundamental. También se están realizando pruebas de cribado de PCR en personas asintomáticas dentro del sistema sanitario, en ingresos hospitalarios que no tienen que ver con patología covid, también de manera previa a operaciones quirúrgicas, a exploraciones complementarias como pueden ser endoscopias, así como con carácter general a personas de especial susceptibilidad como pueden ser quienes están en hospitales de día, etcétera. Esto nos está llevando a una detección mayor de ciudadanos asintomáticos.

Otro aspecto importantísimo en el que vamos a seguir insistiendo durante mucho tiempo, como todos ustedes serán conscientes, son las medidas de protección colectiva, el difundir, el implementar y el mantener las medidas de prevención e higiene y de distanciamiento físico, teniendo también muy en cuenta la disponibilidad de material de protección entre la población en general. Siempre que una distancia física como la que matizamos de ente 1,5 y 2 metros no se pueda garantizar es obligatorio el uso de mascarillas, y también las medidas organizativas que sean necesarias para evitar aglomeraciones y para garantizar que esta distancia de seguridad sea algo que lo tengamos integrado ya en nuestras relaciones sociales, lo mismo que tengamos integrado el lavado de manos o la higiene respiratoria.

Tal y como está recomendado, el uso obligatorio de mascarillas tanto en la vía pública, en espacios cerrados de uso público, al aire libre si no podemos garantizar la distancia de seguridad interpersonal, es obligatorio y tenemos que transmitirlo de manera continua a toda la sociedad, con campañas de sensibilización, recordando y matizando la importancia de esta

responsabilidad individual, porque protegiéndose individualmente nos protegen a todos y por esto se ha diseñado una campaña de comunicación que está dirigida a la población en general para animar, para responsabilizar, para informar y para transmitir que si una persona tiene síntomas respiratorios como los que hemos comentado de mayor o menor gravedad llame a su centro de salud, se quede en casa, y recordando todas estas medidas que acabamos de comentar.

Tenemos que colaborar todos los medios de comunicación, toda la sociedad en transmitirlo a nivel familiar, a nivel de amigos. Nos podemos divertir pero hay unas cuestiones que tenemos que incorporar y hay unas formas nuevas de relación. También medidas para garantizar las capacidades del sistema sanitario, el que podamos reorganizarnos según las prioridades de cada momento, estableciendo planes de contingencia que nos garanticen esta coordinación entre Salud Pública, Atención Primaria y Atención Hospitalaria que ha sido tan efectiva y que ha supuesto una capacidad de reacción de nuestro sistema sanitario que, como saben, ha sido un punto muy valorado a la hora de acordar conjuntamente con el ministerio cada cambio de fase que nos conduce hasta esta llamada nueva normalidad a la que esperamos llegar en breve y en la que, no obstante, como comentaba, tendremos que seguir manteniendo por un lado todas estas medidas pero también, qué duda cabe, todos estos sistemas de alerta y de prevención.

No quería acabar esta comparecencia sin remarcar un aspecto que a veces se nos olvida, que es el de la investigación, porque también el que este estudio de seroprevalencia nos haya dado estos datos creo que es un refuerzo para una investigación que en una comunidad de este tamaño como la navarra ha supuesto que haya numerosos proyectos, y aquí veo a protagonistas de alguno, de profesionales, tanto de los institutos de investigación como profesionales de salud pública y sanitarios, que ha llevado a que hay dos proyectos que tienen un reconocimiento y una beca del Instituto de Salud Carlos III y a que la Comunidad Foral ha destinado 1,8 millones para ocho proyectos que van desde vacunas hasta tratamientos, proyectos muy amplios que el otro día se presentaron en una sesión presidida por la Presidenta del Gobierno y que indican una faceta importantísima en una situación como la que hemos detectado y una pandemia como la que estamos viviendo. Muchas gracias, mila esker.

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, Navarra Suma. Para ello tiene la palabra su portavoz, la señora Ibarrola, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. IBARROLLA GUILLÉN: Muchas gracias, Presidenta. Agradezco las extensas explicaciones técnicas, pero, sinceramente, lo que le pedíamos era una valoración política de una interpretación de esta encuesta, no lo que ya entendíamos que nos iba a dar y por eso creo que se lo había dejado bastante claro. Estamos acostumbrados ya a que venga a este Parlamento con técnicos que nos dan extensas explicaciones, que están muy bien pero que creo que solamente delatan su falta de confianza y seguridad en usted misma, porque, si no, no lo entiendo.

Entrando en el análisis del estudio, lo primero sorprende que el ministerio no lo realice con los test rápidos que ustedes utilizan en Navarra que ellos compraron y repartieron a todas las comunidades. Creo que el ministerio así reconoce la dudosa fiabilidad de estos test que compró.

Debemos dudar todos de la fiabilidad de estos test rápidos menos ustedes, que no dejan de utilizarlos y además se ponen continuamente medallas por ello. Les engorda su número global de pruebas realizadas, les da titulares y parece que eso es lo que les deja contentos y buscan. Forma parte de su relato para tratar de tapar otros aspectos que cuestionan la gestión de esta crisis y pretenden así salir victoriosos, pero no cuela. Tiene una segunda vuelta para poder darnos esa interpretación que le pedíamos.

Usted, Consejera, viene a este Parlamento a hacer *marketing* de lo que quiere publicitar, acostumbra también frecuentemente a no a contestar aquello que le hemos pedido. Yo sí le voy a dar algunos detalles del análisis que hemos hecho. En una de cada cinco personas que tenían una PCR positiva previa no se han detectado anticuerpos y nos gustaría saber a qué lo atribuyen, cómo encaja con otros estudios que dicen que casi el cien por cien de las personas que pasan por la enfermedad generan anticuerpos. ¿Serán realmente estos test rápidos utilizados tan fiables como los de inmunoensayo, que es lo que afirma el estudio de seroprevalencia? ¿Es mayor ese porcentaje de personas que después de pasar la enfermedad no generan anticuerpos? ¿Quién tiene mayor riesgo de no generar esos anticuerpos? Creo que sería muy interesante que profundizaran en estos temas.

El bajo porcentaje de personas inmunes genera intranquilidad, 5.2 por ciento de la población española, entre un 1 y un 19 por ciento en los estudios a nivel internacional, alguno, por cierto, muy prometedor, como por ejemplo Canadá, ha iniciado un estudio con un millón de muestras a lo largo de dos años, irán, sin duda, reduciendo incertidumbres. Afortunadamente también hay evidencias esperanzadoras, las que apuntan a cierta inmunidad cruzada que podría proteger a una parte muy importante de la población o las que afirman que se está produciendo una adaptación del virus a la especie humana y que quizás esté perdiendo agresividad. Ojalá se vayan confirmando.

En Navarra se han detectado anticuerpos en el 6,4 por ciento de la población, una horquilla que oscila entre treinta y dos mil y cincuenta y cuatro mil personas. Somos la cuarta comunidad con mayor población inmunizada en este estudio, por detrás de Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla y León, datos que más o menos concuerdan con la incidencia acumulada de las comunidades a lo largo de esta pandemia. Una primera conclusión es clara: el Gobierno de Navarra ha sido capaz de diagnosticar con PCR solo al 12,6 por ciento de las personas infectadas, más del 87 por ciento se quedaron sin diagnosticar, bien por ser portadores asintomáticos, bien por padecer sintomatología más leve, a las que ustedes entonces no hacían la prueba.

Es obvio que no se hicieron todas las PCR que se necesitaban y de nuevo usted hoy sigue sin contestar por qué no utilizaron esa capacidad máxima que tenía Navarra, qué acciones realizaron de forma proactiva, nunca nos lo contesta, no va a haber manera, y por qué esa decisión política de su Gobierno, decidieron no hacerlas y, sin duda, ha tenido efectos. Antes o después tendrá que responder por ello. Y aquí vuelvo a su relato, los catorce días de pico de la epidemia en Navarra, entre el 25 de marzo y el 7 de abril, con una media de ciento setenta y seis casos confirmados cada día y de doce fallecimientos diarios, el Gobierno de Navarra estaba realizando una media de trescientas noventa y siete PCR al día, el 40 por ciento de esas eran positivas. Ustedes entonces negaban la realización de la prueba a solicitud de profesionales sanitarios o directamente de personas afectadas y solo había pruebas, ya sabemos, para

pacientes ingresados o para el personal esencial con síntomas. Y fíjense en la diferencia, en los últimos catorce días, con una media de cinco casos nuevos y dos fallecimientos solamente a lo largo de los catorce días, el Gobierno ahora duplica las PCR que hace, ochocientas una de media al día, y son positivas un 2 por ciento. En definitiva, ustedes, en la búsqueda de un relato de lo acontecido en esta crisis, están intentando que cale el mensaje de que están haciendo muchas pruebas, muchas a costa de test rápidos que el ministerio ha regalado y que han demostrado sobradamente sus muchas limitaciones, y otras muchas a través de PCR acumuladas realizadas en fases tardías. Ojo, está muy bien hacerlas y eso lo reconocemos, pero la gestión de la crisis no se puede medir por ese dato acumulado, no tiene nada que ver de cara a resultados esperados y es absolutamente crítico para el éxito o fracaso en la gestión el momento en el que se han realizado esas pruebas. No tiene nada que ver la efectividad de esta medida según el momento en que se haga, al principio o al final de la onda epidémica, los contagios y las muertes evitadas con una u otra estrategia son radicalmente diferentes. Su estrategia ha sido como meter goles en una portería vacía cuando el partido ya había acabado. Ahí está la diferencia y el éxito de la gestión de países como Portugal, Alemania o Noruega, que realizaron test masivos desde el principio. Frente a las setenta y nueve muertes por covid por cien mil habitantes en Navarra, Portugal ha tenido catorce, Alemania diez, Noruega cuatro. Si comparamos el exceso de mortalidad por todas las causas y así eliminamos el sesgo producido por los test que se realizan, un 137 por ciento en Navarra frente a un 9 en Portugal, un 4 en Alemania y Noruega hasta tiene un exceso negativo de un menos 1 por ciento. Está claro que a todos no les pilló igual, con el pie cambiado, o al menos no de la misma manera.

Y este lavado de cara que pretenden intentando que vaya calando este mensaje de un buen dato acumulado de PCR está haciendo que ahora desde la Gerencia de Atención Primaria, desde las subdirecciones estén presionando a los centros de salud para que soliciten un mayor número de pruebas. No sabe lo indignados que están algunos profesionales de Atención Primaria ante la impotencia de que cuando pedían pruebas no tenían pruebas y se les denegaban y ahora les están llamando para ver por qué no piden más porque casi no están viendo casos sospechosos. Los profesionales piden las pruebas que necesita la población con criterios clínicos y usted lo sabe, lo hacían antes, lo hacen ahora y lo van a seguir haciendo. Es usted la responsable de tener los recursos a disposición cuando se necesitan. Tenían que haber realizado muchísimas más pruebas en las primeras semanas, que es lo que todos los grupos en esta Cámara demandábamos entonces y que usted no hizo, porque haciendo test al principio de la onda epidémica se podían haber diagnosticado precozmente un amplio número de casos, realizar aislamientos selectivos y seguimiento de esos contactos. Hacer pruebas en ese momento suponía prevenir gran número de contagios y de fallecimientos; hacer muchas pruebas al final de la curva sin haberlas hecho antes, lógicamente, previene un número de contagios infinitamente menor. Ahora sí están realizando PCR a todas las personas con síntomas y a los contactos. Nos parece bien, le vuelvo a decir, pero pone de manifiesto todos los errores cometidos previamente en la gestión. Como ya manifesté en esta Cámara cuando expuse el decálogo de errores, tienen que implantar ya de una vez el programa de PCR y test serológicos fiables a profesionales sanitarios, sociosanitarios, convivientes en residencias, otras instituciones cerradas y personas vulnerables de forma periódica.

Otra propuesta nuestra desde el principio es la forma de anticiparse y prevenir en la medida de lo posible pequeños brotes como los que estamos viendo estos días en otras comunidades

autónomas y que les están haciendo precisamente implantar este tipo de programas que les estamos pidiendo desde hace mucho tiempo siempre *a posteriori*. Miren si no lo que está ocurriendo estos días en el País Vasco. Adelántense, no esperen a que haya algún caso para ir otra vez tarde en esto. Otra conclusión derivada de los resultados del estudio y que usted no ha nombrado es que entre los trabajadores activos aquellos que tienen una profesión esencial y han continuado trabajando de forma presencial se han infectado menos que los que estaban confinados en casa y la diferencia es estadísticamente significativa. Debería llevar a una reflexión sobre el papel del confinamiento general como se ha llevado a cabo. Todo apunta a que el confinamiento se hizo excesivamente tarde, cuando ya el virus circulaba, lo que ha provocado contagios y propagación entre grupos de personas confinadas. De nuevo marcan la diferencia países que tomaron medidas de confinamiento mucho antes que España, como el caso de Portugal.

La mayor tasa de infección detectada además en personas mayores desafía también la idea de que el confinamiento haya protegido a los ancianos, la población más vulnerable. El estudio de seroprevalencia planteado es un estudio distintivo...

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

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Voy terminando. ... de la inmunidad por covid por edad y sexo, síntomas sospechosos de enfermedad, pruebas previas y lugar de residencia, con análisis de seroconversión probablemente demasiado limitados en el tiempo como para sacar conclusiones, de ahí solamente el 1 por ciento de seroconversión. Hoy nosotros le volvemos a proponer que realicen un estudio local en Navarra con una mayor muestra que esas mil personas que ha confirmado y hasta ahora no había confirmado, lo había dejado en el aire, con mayor periodo de seguimiento y que responda a interrogantes pendientes como los factores que se relacionan con una mayor probabilidad de ser portador asintomático o de tener una evolución grave, factores como patologías o condicionantes personales: diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales, hemáticas, metabólicas, inmunológicas, neurológicas, obesidad, medicamentos, infecciones previas, factores socioeconómicos, hábitos, tabaco, alcohol, sedentarismo, alimentación, a ver qué factores pueden influir.

Y termino, como casi siempre, volviendo a tenderle la mano para el futuro, pero tengo claro que no va a poder eludir su responsabilidad por no haber implantado medidas a tiempo hasta ahora, porque además de las duras consecuencias producidas por la propia agresividad del virus, que sin duda las ha habido, otras muchas eran evitables con mayor agilidad en las decisiones y una gestión adecuada de esta crisis. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Gracias, señora Ibarrola. Continuamos con el Grupo Parlamentario Partido Socialista de Navarra, tiene la palabra su portavoz, la señora Fanlo, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchas gracias, señora Presidenta. Señora Ibarrola, lamento tener que informarle que una Consejera, en este caso la Consejera de Salud, no debe hacer valoraciones políticas, tiene que hacer una valoración técnica de su gestión. Las valoraciones políticas las haremos los grupos políticos, sí, señora Ibarrola. Es una pena que se hayan echado tanto al monte, de verdad, señores de UPN y de Navarra Suma. Que no se valore que vengan los técnicos

a este hemiciclo me parece una vergüenza y me parece una pena y lo lamento, la verdad, lamento que su grupo parlamentario esté escorado ya no sé ni hacia dónde están ustedes escorados, porque ahora mismo ustedes son capaces de decir que la Tierra es plana y se quedan tan anchos, están ya en esa fase de decir que la Tierra es plana. Desde luego, el Partido Socialista valora muchísimo que vengan los técnicos, que expliquen muy bien los datos, aquí hay compañeros de otros partidos y está la población que no pueden interpretar esos datos muchas veces y es bueno que venga un técnico a explicarlos de una forma sencilla para que la población y el resto de compañeros de los grupos puedan llegar a entenderlos. Entonces, desde el grupo parlamentario socialista valoramos mucho que vengan los técnicos aquí a explicar.

Para nosotros, desde luego, es un estudio, como ya se ha dicho aquí, sin precedente en toda Europa, un amplio estudio longitudinal de seroepidemiología para ver la prevención de esta infección, y recordemos que está impulsado por el ministerio y está impulsado por la máxima institución científica de nuestro país, que es Instituto Carlos III. Ahora el Instituto Carlos III igual no valdrá nada, señora Ibarrola. Para nosotros sí, es la mayor institución científica del Estado español. Lo que ha hecho este estudio lo ha explicado muy bien la señora Ascunce, se han reclutado más de sesenta mil pacientes en la muestra nacional y, bueno, los datos están ahí, se ha estimado una prevalencia de anticuerpos IgG por medio de estos test rápidos de un 5,2 por ciento. También ha dado un perfil de edades, la prevalencia es menor en bebés, en niños y en jóvenes, con lo cual nos está diciendo que el paciente anciano y con morbilidad es un paciente lógicamente vulnerable para este tipo de infección.

También ha comentado la señora Ascunce que hay una marcada variabilidad geográfica y que hay diferencias entre provincias. Hay provincias, por ejemplo en el entorno de Madrid, con prevalencias iguales o mayores al 10 por ciento. Es un estudio que nosotros creemos que es muy importante porque, como ya se ha dicho, nos da una fotografía de este virus, nos da una fotografía de cuál es el modelo de incursión y el comportamiento viral en la población en general y por supuesto en la población navarra. En la primera ronda, como ya se ha comentado, han participado más de mil setecientos pacientes, se llegó a un 5,8 por ciento, en la segunda ronda se ha llegado ya a mil setecientos cincuenta y cinco y se ha llegado a un porcentaje de seroprevalencia en la población navarra del 6,4. Ya se ha comentado que entre una ronda y otra ha habido un escaso viraje de un 1 por ciento en esa seropositivización.

Tenemos que recordar que el 4 de mayo se dio comienzo a la desescalada, que lo que pretende es recuperar gradualmente la actividad social y económica, y este estudio es muy útil para ver cómo llevar a cabo esa desescalada y para implementar, lógicamente, las medidas de control epidemiológico tanto en los casos como en los contactos. El número de nuevos casos en Navarra lo que nos indica es que la transmisión del virus de momento está contenida, como ya se ha comentado, y que además el número de contagios que se producen en cada persona infectada se sitúa por debajo de uno. Tenemos que decir que estos datos son provisionales, como ya se ha dicho, que está en espera de hacerse esa ronda tres o esa fase tres en la que sí que ya se va a hacer mediante inmunoensayo, se determinan los anticuerpos IgG. Nosotros creemos que esto es muy importante, la ECDC, que es el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, ya ha alertado de una segunda ola en Europa, señora Ibarrola, y es más, este mismo centro ha dicho que se alertó tarde en marzo. La verdad es que yo no sé cómo a usted

no le llama la OMS para que le asesore porque, desde luego, todos debíamos estar equivocados menos usted, que ya sabía en noviembre que iba a haber esta crisis sanitaria.

Efectivamente, como ya se ha dicho, ¿qué podemos destacar? Pues que tenemos un 6 por ciento de inmunizados. No nos permiten estas cifras inmunidad de rebaño, que hay que hacerla con un 60 por ciento, por lo tanto, hay que aplicar medidas, medidas que este Gobierno ya está implementando, con las que nosotros estamos de acuerdo, primero, esas medidas de concienciación ciudadana. Aunque el comportamiento durante el confinamiento sí que ha sido ejemplar y nos ha permitido además pasar de fase en fase, debemos recordar que tiene que seguir tomándose estas medidas por parte de la ciudadanía, el distanciamiento, el uso de mascarillas, el lavado de manos, el uso de geles. Lamentamos actos como el ocurrido el fin de semana pasado en Mendillorri o en otro tipo de lugares que no deberían estar permitidos. Las campañas de concienciación ciudadana entendemos que son muy importantes, uso de pancartas, panfletos, campañas en radio, en televisión, que ya se están haciendo, y hacer hincapié en las medidas, como ya hemos dicho.

En tercer lugar, el estudio de los casos asintomáticos en personal de riesgo y vulnerable, que ya se está haciendo, ya lo ha comentado la Consejera. Se está haciendo el estudio de contactos de los casos positivos, personal sanitario, sociosanitario, residencias, contactos, pacientes a los que se le va a ingresar desde urgencias, pacientes a los que se les va a someter a cualquier intervención quirúrgica, a cualquier prueba diagnóstica, se están realizando PCR. Señora Ibarrola, hasta el 4 de junio se habían realizado sesenta mil PCR con una tasa de 93,8 por mil habitantes, la tercera comunidad que más test ha realizado por mil habitantes después de Asturias y La Rioja. Y es más, le voy a decir una cosa, señora Ibarrola, una de las cosas que ha puesto encima de la mesa este estudio es que no hacían falta hacer todas las PCR que ustedes decían, porque la seroprevalencia es la seroprevalencia y eso no lo cambian las PCR, señora Ibarrola. Por mucho que ustedes digan que había que haber hecho el doble, se hicieron las que se tenían que hacer. Y es que además una de las cosas que este estudio de seroprevalencia está poniendo encima de la mesa es que se hicieron las PCR que se tenían que hacer.

Como ya se ha anunciado, desde luego, nosotros apoyamos este estudio de seroprevalencia navarro, creemos que debe haber un estudio propio en Navarra, como muy bien ha anunciado la Consejera. Además, yo creo que nos interesa también si a nivel de Navarra hay un covid navarro, si el covid navarro es un perfil distinto al covid estatal, al covid europeo, porque eso también nos va a permitir atajar muy bien, poner medidas en posibles focos, en posibles poblaciones más vulnerables, detectar perfiles de alto riesgo dentro de la población navarra y focos de ese posible segundo rebrote.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica, ya lo ha recordado muy bien la Consejera, el Departamento de Salud y el Instituto de Salud Pública ya han puesto en marcha todos sus sistemas de vigilancia, el Andia, el Atenea, la historia clínica Bardena, es decir, todos esos sistemas informáticos que alertan, el consejo sanitario con el *call center*, la Atención Primaria, que desde luego ha sido esa barrera de contención fundamental.

Por último, quiero dar las gracias tanto a la Consejera como a la señora Ascunce por toda la información que nos han dado, quiero dar las gracias también a todos esos profesionales que están involucrados en este estudio y, desde luego, a la generosidad de todos los navarros y



navarras que han entendido el interés de proporcionar tiempo, información y muestras para poder conocer la situación de la epidemia del covid-19 en nuestra Comunidad. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Fanlo. Continuamos con el Grupo Parlamentario Geroa Bai. Tiene la palabra su portavoz, la señora Ansa, por un tiempo máximo de diez minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Egun on, mila esker, presidente andrea. Buenos días, señorías. Bienvenida, Consejera y equipo, doctora Ascunce, señor Iribarren. Muchas gracias por la información y por el contenido técnico de la misma. La verdad es que, aunque estudiamos Medicina hace un tiempo, hay muchos conceptos que, aunque los tenemos ahí, viene bien refrescarlos y más en este momento, o sea, que yo le estoy muy agradecida por la sesión técnica que nos han hecho. Bueno, pues el resumen del estudio de seroprevalencia es sencillo, la segunda fase del estudio de seroprevalencia ofrece resultados similares a la anterior, situándose en un 6,4, cuando la primera ronda alcanzó en Navarra un 5,8 de anticuerpos frente al coronavirus, es decir, son datos ligeramente superiores a los datos del resto de España.

Los datos indican también que esta segunda ronda en la Comunidad Foral presenta un porcentaje solo de 1 por ciento más que en la anterior, es decir, seguimos estando muy lejos de los datos de seroprevalencia que nos permitirían empezar a tener una inmunidad de grupo, una inmunidad de rebaño y empezar a estar un poquito más tranquilos. ¿Y ahora qué? Porque el estudio de seroprevalencia era para tomar decisiones a partir de ahora, no tanto para estar haciendo sistemáticamente un *totum revolutum* con las cosas que se hicieron o se dejaron de hacer, las que estaban bien y las que estaban menos bien. El estudio de seroprevalencia es para tomar decisiones a partir de ahora. ¿Y ahora qué? Pues no ha habido cambios especialmente significativos, y me temo que la tercera ronda va a seguir un poquito en la misma tónica. El confinamiento ha sido una medida sumamente eficaz para contener la epidemia, pero nos ha dejado estas cifras de seropositividad que nos hacen tener todos los frentes abiertos. ¿Qué frentes abiertos?, ¿qué preguntas nos tenemos que hacer a partir de ahora? Pues preguntas sobre la detección precoz de los brotes y el seguimiento de los mismos. El objetivo es controlar y evitar rebotes.

El virus no ha desaparecido, sigue ahí y va seguir en ese reguero de muertos, lo sabemos. Esto que está ocurriendo en otros países también ha empezado a ocurrir en España. En Corea del Sur y en otros países que empezaron antes las olas han tenido olas de rebrote. En España también, sin ir más lejos ahí tenemos el Hospital de Basurto y Txagorritxu. En la mayoría de los casos han estado relacionados con aglomeraciones de población: fiestas, comidas familiares, pero, evidentemente, no podemos estar confinados ni podemos esterilizar todos los ambientes.

Para disminuir la frecuencia y la intensidad de los rebotes son fundamentales dos acciones por parte de los ciudadanos: evitar el contagio. Ya sabemos cómo se transmite el virus y también sabemos que no es difícil inactivarlo. Los contagios son más frecuentes en ámbitos cerrados o con mucha gente. No lo olvidemos, mucha gente, muy junta y moviéndose es el mejor de los escenarios para los virus. Tampoco olvidemos a los hipercontagadores, que los hay, y que contagian en forma de *cluster* y, sobre todo, en reuniones.

Por lo tanto, hay que seguir las instrucciones de Sanidad: evitar aglomeraciones, distanciamiento entre personas, higiene frecuente de manos, uso de mascarillas, limpieza y desinfección, en ese orden. Eso es lo que hay que exigir a los ciudadanos, porque no nos podemos relajar. Y a las autoridades sanitarias les toca rastrear los virus. No podemos seguir detrás del virus, hay que tomar la delantera a los virus. Hay que perfeccionar esos sistemas que ya tenemos y que están funcionando bien y aumentar la capacidad de detectar a las personas infectadas al menor síntoma, rastrear y obtener información de los contactos, hacerles un seguimiento clínico, hacer PCR, serológicos y aislarlos.

En Geroa Bai nos parece que de esto es de lo que hay que ocuparse ahora mismo, a lo que hay que dedicar todos los recursos y no a hacer test masivos a toda la población para sacar una foto fija de la situación. Las decisiones tienen que ser por razones sanitarias, no por razones políticas. Es fácil hacer juicios políticos sobre decisiones sanitarias para tener una cierta ventaja política, pero no es honesto. Y en este sentido tenemos como muestra los test que se han hecho, por ejemplo, en Torrejón de Ardoz o en Cizur Menor, sin ir más lejos, que responden a razones políticas y no sanitarias. Por razones sanitarias, esto es lo que hay que exigir a nuestros Gobiernos, que tampoco pueden relajarse, en absoluto, Consejera, testar, trazar, aislar y *cuarentenar*, esto es lo que nos toca en esta parte, porque comentaba la señora Ibarrola que qué va a pasar con la virulencia del virus y su comportamiento. Pues tampoco sabemos, ¿va a ser como el de 1918, el virus de la gripe, que se hizo progresivamente más virulento?, ¿va a ser como otros coronavirus que realmente se adaptan al huésped y cada vez son menos virulentos? Pues no lo sabemos. De todas formas, en las sucesivas investigaciones que se vayan haciendo habrá que seguir vigilando al virus.

¿Qué pasa con la inmunidad? ¿Estamos inmunizados los que hemos pasado? Pues también ahí hay muchas luces y sombras, la inmunidad sigue teniendo muchísimas áreas oscuras. No sabemos si tener anticuerpos contra el Sars-Covid-19-2 o el haber dado positivo en los test realmente asegura que estés inmunizado frente al virus. Tampoco sabemos a ciencia cierta cuánto tiempo nos van a durar los anticuerpos. Tampoco sabemos sobre la inmunidad celular, esa otra parte de nuestro sistema de defensivo que nos protege, hasta qué punto nos protege. Es cierto que en el caso de otros coronavirus los anticuerpos duran más o menos tiempo, más o menos meses o años. También es cierto que hay un montón de ensayos con plasma de pacientes curados por coronavirus que bloquean el virus. También sabemos que haber tenido contagio con otros coronavirus tipo catarros puede hacer que haya una resistencia cruzada y que nos ayude, pero, en definitiva, la inmunidad sigue teniendo muchas áreas oscuras, no podemos bajar la guardia.

¿Y qué va a pasar en los próximos meses, en el otoño? ¿Cómo se va comportar la epidemia? ¿Vamos a tener un pico grande seguido de otros picos, como pasa con las epidemias de la gripe? ¿Vamos a tener diferentes olas epidémicas entre un brote y otro que nos obliguen a ir confinando selectivamente a la población? ¿Vamos a tener pequeños brotes? Pues no sabemos. En este sentido, el comportamiento y las decisiones que se tomen desde los diferentes sistemas sanitarios van a modular mucho cómo se vayan comportando. Es decir, tenemos muchos frentes abiertos y, desde luego, no podemos bajar la guardia en absoluto.

Un quinto lugar en el que nos parece que seguimos en un frente abierto es el tema de los grupos especialmente vulnerables con la covid. No podemos llegar tarde, tenemos que llegar..., o no podemos llegar suficientemente a tiempo en estos casos. Ahí sí que nos tenemos que esmerar. Estos días hemos leído en la prensa y también hemos escuchado que esta área sociosanitaria no termina de estar funcionando bien, también sabemos que las residencias tienen mucho miedo, muchas incertidumbres y pretenden que sanidad les dé una certidumbre que tampoco tiene, pero tenemos que llegar a un encuentro entre que las residencias tengan una mayor seguridad para sus asilados y para sus propios trabajadores y también que sanidad les dé suficientes certidumbres en la medida que pueda. Esto lo tenemos que trabajar mejor. O sea, pongo como urgente que la comisión sociosanitaria tiene que hilar más fino, tiene que trabajar mejor.

Y, bueno, para terminar mi intervención simplemente quiero decir que no nos olvidemos que durante tres meses con el covid —parece que llevamos toda una vida con esto—nos hemos ido olvidando también de todas esas patologías que hasta este momento estaban ahí y nos tenían saturados muchas veces los sistemas y, de repente, han desaparecido, y no han desaparecido, están ahí. Entonces, este sigue siendo otro frente abierto, cómo equilibrar y cómo volver, de alguna forma, a una cierta normalidad en los servicios sanitarios. Se va a tardar en volver a esta relativa normalidad, pero creemos que eso también merece continuar con los esfuerzos. Por mi parte, nada más y 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 tiempo máximo de diez minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, lehendakari andrea, egun on guztioi. Buenos días a todos y a todas. Creo que esta Comisión y el estudio de seroprevalencia en el que se pide analizar un poco los datos y conocer un poco los objetivos que se buscan con este análisis todavía está a medio camino. Entonces, hay cosas que se han puesto encima de la mesa que habrá que analizar con más detenimiento cuando se tengan todos los datos y a mí, desde luego, lo que me preocupa o lo que me deja un poco angustiado es ver cómo a veces se utilizan los datos que se conocen ahora para sacar conclusiones de hace unos meses. Yo recuerdo cuando empezó toda la ola del contagio del covid que desde nuestro grupo, desde EH Bildu, se solicitó de una forma encarecida el parón laboral del sistema económico y el confinamiento. Bueno, pues, según el Imperial College, si esa medida se hubiera tomado una semana antes que lo que se tomó, habría supuesto que habría habido un 65 por ciento menos de contagios y de fallecimientos, pero eso no soluciona lo que tenemos ahora. Es decir, probablemente las medidas que se tomaron cuando se tomaron se tomaron para acertar, y en distintos Estados, en distintos países se tomaron medidas similares y, desde luego, no nos parece que lo más práctico sea intentar poner como ejemplo los que han funcionado bien cuando, por ejemplo, las comunidades que han estado gestionadas por la coalición de derechas que aquí está en la oposición han hecho cosas similares a las que se han hecho en Navarra o incluso han tenido otros defectos que han podido ser perjudiciales para su población. Entonces, creo que se predica con el ejemplo, y es algo que, desde luego, deberíamos aplicarnos todos y todas.

Sí que debo de reconocer que la Consejera, obviamente, es un cargo político y se le pueden exigir y se le deben exigir responsabilidades políticas. Ha habido aciertos y también ha habido,

desde luego, errores que creemos que se deberán corregir. A nosotros en este momento lo que nos preocupa fundamentalmente son los riesgos que existen para que los rebrotes puedan volver a surgir, y por ahí donde vemos los riesgos sobre todo es en portadores asintomáticos y en los movimientos de población de otros lugares con casos más activos, como nos está informando estos días Fernando Simón desde el ministerio, desde salud pública estatal, personas que han venido de Estados Unidos y de otros países que todavía tienen la pandemia muy activa. Con lo cual lo que nos preocupa es cómo se va a afrontar esa apertura al turismo de nuestra Comunidad y con qué garantías podemos hacer frente a esos riesgos. Y luego también casos como los que han sucedido en Osakidetza, con ese nuevo brote en dos centros hospitalarios, Txagorritxu y Cruces, porque tener bajo control los casos creemos que es probablemente la mejor forma de evitar su propagación. Entonces, creemos que ahí se deben hacer muchos esfuerzos.

Eso es lo importante para nosotros de cara al futuro y, sabiendo que los datos de seroprevalencia lo que nos están mostrando es que tenemos todavía a la inmensa mayoría de la población desprotegida, tendremos que tomar medidas para garantizar. Medidas que entendemos que tienen que pasar por una información lo más veraz posible, lo más desapasionada posible para que la población sepa a qué atenerse y qué medidas de higiene y de prevención tiene que tomar para evitar los contagios. Creemos que se tiene que reforzar el sistema sanitario público, tanto la sanidad pública como lo asistencial, por dos aspectos fundamentales: por un lado, porque si algo nos ha enseñado esta pandemia es que el sistema sanitario público tenía muchas lagunas. Para nosotros y nosotras, desde EH Bildu, consideramos que si la Atención Primaria en Navarra hubiera contado con los recursos y con los medios suficientes para haber atendido esta pandemia, probablemente el número de contagios y fallecimientos habría sido muchísimo menor, y lo que queremos saber es qué medidas se van a implementar para garantizar que la estructura de Atención Primaria va a ser capaz de atender y hacer seguimiento de todos estos posibles riesgos. En ese sentido, vemos con cierta desilusión algunas prácticas que se están desarrollando. Estos días estábamos conociendo ofertas de contratos a personal que está terminando el MIR y al que se le ofrecen unas condiciones que no son las más óptimas, a nuestro entender, por ejemplo, la turnicidad a las que se les somete y porque las condiciones económicas tampoco son las mejores. Y eso ¿qué supone? Pues supone que con todas las dificultades que a veces existen para contratar personal sanitario, sobre todo de medicina, si no conseguimos fidelizar y estabilizar estas plantillas, probablemente en un futuro tengamos otra vez problemas de cara a controlar las enfermedades.

Sabemos, además, que organizativamente se pueden tomar medidas importantes para evitar estas diferencias en las condiciones económicas y de trabajo que se dan en Atención Primaria. Yo creo que ya señalé en otra comparecencia que estábamos ahora mismo conviviendo con personas de medicina que están ganando dos mil, dos mil doscientos euros al mes haciendo un trabajo a turnos con jornadas de doce, de veinticuatro horas, de fines de semana y a la vez estamos teniendo trabajadoras y trabajadores que están ganando más de diez mil euros al mes, seguramente porque hacen muchísimo trabajo, no dudo de la cantidad de trabajo que hacen y que ese dinero se lo hayan ganado dignamente, pero hay un reparto de las cargas de trabajo y de los costes que no es, desde luego, lo más recomendables.

Además, nos preocupan otra serie de equipamientos. Estos días, hablando con el personal del laboratorio del Hospital de Tudela, que van a realizar los test Elisa en el centro, tenían dudas de que el aparataje que se tiene, que ya es de cierta edad, un poco obsoleto, pueda resistir toda la carga de trabajo que se le va a requerir, y entonces sí que me parece que sería interesante que, por parte de la Consejería, se habilitase algún tipo de alternativa a este tipo de equipamiento.

Creemos que seguramente vendrán nuevas olas, esperemos que no sea como la influenza en 1918 y que la segunda ola sea mucho peor que la primera, pero es un riesgo que tenemos que tener previsto. Creo que hoy había sacado Satse, el sindicato de enfermería, una nota llamando la atención también sobre las camas de cuidados intensivos, porque, según las ratios que marcaba el ministerio, que creo que eran dos camas por cada diez mil habitantes, pues estamos prácticamente en el límite. Yo creo que, en ese sentido, habría que hacer un esfuerzo por lo menos para tener la infraestructura preparada para poder ampliar ese número de camas que se nos quedó en el límite en la anterior ola y que no sabemos si será suficiente para la siguiente.

Tenemos también preocupación... Bueno, yo creo que era hoy o ayer cuando desde Lares, desde la asociación sociosanitaria de residencias, se mostraba cierta preocupación por los planes de contingencia y por intentar consensuar con el Departamento de Sanidad unas medidas que puedan ser seguidas por estos centros asistenciales. Creemos que ese es otro de los esfuerzos que deberíamos hacer en el futuro, la integración de lo que serían la residencias, de lo que sería el sector sociosanitario y el sanitario. Creemos que la apuesta tiene que ir por ahí y creemos que la relación y la coordinación que tiene que haber en la Atención Primaria con Atención Primaria y estos centros tiene que mejorarse de una forma evidente, que se tiene que mejorar la información entre los dos y que probablemente se tenga que reforzar Atención Primaria para dar cobertura asistencial a estos centros que, en la medida en que se ha visto, han dejado muchas veces bastante que desear.

Creemos que hay que reforzar Atención Primaria porque lo que tenemos que intentar hacer es evitar que las personas enfermen y tengan que ingresar en las UCI. Es decir, el primer paso para nosotros y para nosotras va a ser ese.

Luego, creo que estamos viviendo una época que también tiene sus partes interesantes, es decir, esto es un experimento en tiempo real que estamos viviendo la sociedad europea y que en su conjunto nos va a permitir.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Tiene que acabar, señor González.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Termino. Nos va a permitir sacar muchas experiencias para poder afrontar nuevos retos que tendremos el futuro, pero sobre todo un reto que también tenemos ahora, y yo creo que lo ha mencionado también alguna compañera, el tema de recuperar la actividad. Creo que ayer o antes de ayer no sé si era Rafael Bengoa quien decía que el 20-30 por ciento de los *screening* por cáncer van a ser mucho más avanzados que lo que eran, con lo cual nos va a generar unos costes sobreañadidos de atención a ese tipo de personas, nos pasa también con enfermedades crónicas, que yo creo que merece la pena hacer un esfuerzo para afrontarlas con garantías y que todas esas personas sepan que se está haciendo lo mejor que se puede hacer por ellas. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Continuamos con la agrupación de parlamentarios y parlamentarias forales de Podemos Ahal Dugu. Para ello tiene la palabra su portavoz, el señor Buil, por un tiempo máximo de diez minutos.

SR. BUIL GARCÍA: Egun on, buenos días. Gracias, Presidenta, y también gracias a la Consejera y a la señora Ascunce por esta clase magistral sobre seroprevalencia e inmunidad. Nosotros vamos a ser breves porque creemos que, desde luego, el foco de interés está precisamente en la información que ustedes han transmitido sobre cómo va este estudio, que también, como decía el portavoz de Euskal Herria Bildu, está a medias, tenemos que tener mayores certezas para poder tener unas conclusiones más certeras. Lo que nosotros vemos es que el grado de conocimiento que tenemos del virus hoy sí que nos está permitiendo tomar medidas y muchas de ellas muy efectivas. Es evidente que, como decía también la portavoz de Geroa Bai, el confinamiento ha sido muy útil, eso lo sabemos todos, y sabemos cómo se contagia. Sabemos que está presente entre nosotros y sabemos que tenemos que tomar medidas organizativas de muy diferente índole: por un lado, todas las que tienen que ver con la prevención a nivel a nivel social y también otras concretas en espacios vulnerables como residencias y en espacios peligrosos, como aquellos donde se den aglomeraciones. Es cierto que estos resultados preliminares son mucho más bajos de lo deseable respecto a la inmunidad, no estamos protegidos, estamos prácticamente como si no hubiera pasado, pero en realidad lo que ha pasado ha sido una catástrofe natural de primer orden que se ha llevado por delante a más de quinientas personas, que ha afectado muchísimo a la economía familiar, a la economía empresarial, a la economía de nuestra propia Administración, y lo cierto es que esto asusta, asusta el hecho de tener 6 por ciento de personas que han tenido contacto con el virus con las enormes consecuencias que esto ha tenido a todos los niveles.

Es muy interesante a nivel a nivel sociológico que no se haga muestra aleatoria, sino que se trabaje también por grupos de edad para valorar la incidencia, también otra variable estratificada, el sexo para ver si tenemos también diferentes grados de afectación, tamaños de población y que la unidad de rastreo sea el hogar. Al final, lo que estamos haciendo es intentar ver cómo se comporta de cara a un posible rebrote o a que nos podamos encontrar diferentes olas.

Nos han planteado ya medidas en relación con todo esto, como los sistemas de alerta temprana, el diagnóstico de casos, ese control de contactos estrechos con veintiuna personas contratadas para ello, un estudio propio en otoño, campañas de comunicación, prevención, medidas para garantizar las capacidades del sistema sanitario, como ya comentaba ayer, con ese acopio de materiales de protección, planes de contingencia, el refuerzo a la investigación con ese 1,8 millones para proyectos de investigación, bueno, todo esto es lo que deriva también de un trabajo a tiempo real, de un trabajo muy importante para estar preparados y prevenir esos posibles brotes.

La semana que viene abordaremos las medidas que desde esta Cámara se plantearon al Gobierno tanto en el ámbito de salud como también en el ámbito de derechos sociales, y aquí también me voy a hacer eco, porque lo trabajaremos y seguro que sale dentro del trabajo de la semana que viene, de una serie de recomendaciones, de preocupaciones que nos transmiten precisamente desde el ámbito residencial respecto a la necesidad de tener certezas en muchos

casos, protocolos, y ahí creemos que seguro que se puede incidir. Esto sí que sería urgente, más allá del trabajo de comisión, ver un poco esas demandas que plantean y que, desde luego, desde nuestro grupo nos parecen razonables y como mínimo a tener en cuenta.

Lecciones clave, como reforzar la Atención Primaria, reforzar la investigación, reforzar el coliderazgo en el ámbito sociosanitario y una última apreciación respecto a las intervenciones que está teniendo Navarra Suma últimamente, donde hay una palabra que nombra constantemente, que es la del relato. Ustedes están queriendo imponer un relato. Bueno, no es muy coherente que usted recrimine a la Consejera que le dé datos técnicos sin discurso político mientras le acusa de hacer un relato. Lo que nos están dando aquí son estudios, datos técnicos, datos científicos que todos los demás analizamos, pero cuando usted le acusa de dar datos técnicos y no dar valoración política, no parece muy coherente que a la vez le pueda acusar de generar un relato político. Gracias, Consejera.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señor Buil. Para acabar, tiene la palabra la señora De Simón, por el Grupo Mixto-Izquierda-Ezkerra, por un tiempo máximo de diez minutos.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Muchas gracias, señora Presidente. Egun on, muy buenos días, señora Induráin, señora Ascunce, ha sido un placer escuchar su intervención. La suya también, como siempre, señora Induráin. Buenos días, egun on, señorías.

Decía que ha sido un placer escuchar sus intervenciones porque, en este caso, yo creo que ha sido una intervención técnico-científica que nos sitúa en una información objetiva, otra cosa es la interpretación política, porque sí que cabe una interpretación política de las conclusiones con la información que usted nos ha dado. En mi opinión, y, bueno, no es una opinión, yo creo que es algo objetivo, ese estudio de seroprevalencia, cuando concluya, nos va a servir, y les va a servir sobre todo a los responsables de Salud, para saber a qué nos estamos enfrentando, y va a servir, sin duda, para orientar las decisiones sanitarias de tipo clínico y también las decisiones políticas que se tomen al respecto. En este asunto se han tomado muchas decisiones políticas desde el Departamento de Salud y desde el Gobierno de Navarra, que en general se han apoyado, además, en este Parlamento, pero han sido siempre decisiones políticas basadas en criterios, desde mi punto de vista, estrictamente científicos y técnicos en relación con las medidas que habrían de ser más oportunas para hacer frente a esta enfermedad.

Digo esto porque, desde luego, desde nuestro grupo, si tuviésemos alguna propuesta diferente a lo que se está haciendo hasta ahora, la haríamos. Francamente, en estos momentos no tenemos otra alternativa a las formas en las que se está trabajando y a las decisiones que están tomando. Y, es más, seguramente, cuando esto pase y esperemos que pase más pronto que tarde, haremos un análisis y encontraremos errores que seguramente ni habremos previsto, algunos sí que los habremos visto y criticado, pero, en todo caso, seremos todos y todas los responsables de lo que ha sucedido aquí, cada uno con su participación.

Yo creo que a nadie se le escapa que hay muchas incertidumbres, que hay muchas preguntas. No sabemos todavía lo suficiente sobre esa inmunidad cruzada, no sabemos si realmente esa agresividad del virus ha bajado o no o se debe a que el confinamiento no ha tenido el efecto no sobre lo que estaba pasando en esos meses sino lo que pasó en muchísimos meses anteriores.

Hay una cuestión que a mí me preocupa y me ocupa mucho, pero es que ni siquiera sé formular la pregunta con rigor, y se refiere a ese porcentaje tan bajo de personas que han sido infectadas. Ese porcentaje que se estima tan bajo ¿a qué se debe? Igual les parece a ustedes una pregunta un poco ingenua pero es que en esto yo soy una ciudadana de a pie, ¿a qué se debe que un virus tan agresivo que mata, que de repente contagia de una manera..., bueno, cómo es posible que se reúnan cien personas o cincuenta o veinticinco y en un momento determinado se contagien no sé cuántas y aquello sea un auténtico desastre, sin embargo, en general globalmente los datos sean bajos? Insisto, no siendo, cómo diría yo, muy científica en este tipo de preocupaciones, pero a mí eso me genera no inquietud, porque la palabra no es inquietud, pero sí una laguna porque no sabemos todavía, entiendo yo, a qué nos exponemos. Lo que sí creo que es claro es que el confinamiento fue útil, pero también era claro que no podemos estar confinados, la población no puede estar confinada más tiempo, pero ni desde el punto de vista económico ni social ni individual, porque no podemos estar aislados, acabaríamos con otro tipo de enfermedades seguramente.

Por lo tanto, sabemos que tiene riesgos, todos debemos asumir, me refiero a la ciudadanía en general, que salir a la calle, que sentarnos en una terraza, que ir a comer a un restaurante, que hablar con los demás tiene unos riesgos y todos tenemos que asumir que es nuestra obligación minimizar esos riesgos, incluso dejarlos a cero. Por lo tanto, en este sentido poco más tengo que decir, me parece, en mi opinión, que hay que insistir muchísimo, hasta la saciedad, con ese martillo pilón que se está haciendo tan famoso en este Parlamento, expresión, por cierto, que en esta legislatura se la debemos al señor Araiz y en otras legislaturas viene de atrás, pero martillo pilón sobre la necesidad de autoprotegernos, sobre la responsabilidad individual, porque aquí hay una responsabilidad que es política, una responsabilidad que asume y le corresponde al Departamento de Salud, otra responsabilidad que nos corresponde a los grupos parlamentarios que estamos aquí, pero la responsabilidad individual desde mi punto de vista de aquí en adelante va a ser fundamental.

Una cuestión también, porque yo creo que la variable temperatura, el buen tiempo, también influye mucho y seguramente que estos últimos días hemos estado menos en la calle. Entonces, yo no me atrevo a sacar casi ni conclusiones de los datos que han dado ustedes hoy. Ahora, eso sí, los estudiaremos con todo el mimo y con todo el rigor, pero, vamos, yo me fío de ustedes, qué quieren que les diga, me fío de ustedes porque entiendo que son quienes en estos momentos tienen toda la información y no me cabe duda de que están trabajando para el beneficio de toda la población. Nada más y muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora De Simón. Para finalizar la Comisión, tiene la palabra la señora Induráin para su turno de réplica por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Muchas gracias, mila esker, señoras y señores Parlamentarios. Señora Ibarrola, creo que da lo mismo el motivo de la pregunta porque el discurso vuelve a ser el mismo. Por comentar las cuestiones que han salido, porque, como se está diciendo, incertidumbres seguimos teniendo muchas, y hablamos a nivel técnico pero luego comentamos cuestiones y estudios y, efectivamente, tanto en los tratamientos, tanto en cómo será la inmunidad, tanto en cómo será el comportamiento del virus, cómo será incluso su



virulencia, hay estudios para todos los tipos y si uno los sigue a cualquier nivel, a nivel de sociedades científicas o de prensa, verá que lo que se dice hoy mañana se matiza, cambia, hay otro estudio, hay estudios varios que yo he manejado de distintos países, hay evidencia, no hay evidencia, pero esa es nuestra realidad y esa va a ser nuestra convivencia con el virus.

Cuestiones que han salido. A mí me resultó muy interesante, y por eso vuelvo a ponerlo en valor, el tema de una comunidad como la nuestra, los investigadores trabajando en estas líneas, cuestiones como las que se han planteado de en qué tipo de patologías crónicas se ha visto más, se ha visto, por ejemplo, si quienes estaban vacunados de gripe han tenido más o menos... Todo esto se está investigando, hay un estudio muy interesante del Instituto de Salud Pública, que está analizando todo esto, que precisamente es uno de los que ha sido financiado por el Carlos III, porque esa es otra pata y porque tenemos profesionales y eso hay que ponerlo en valor en nuestra Comunidad. Lo mismo que desde luego quiero poner en valor todo el trabajo con este estudio de seroprevalencia y por eso me parecía muy importante el que viniera y se contara qué ha supuesto y cuál es la magnitud de este estudio y, desde luego, que agradezco a la doctora Ascunce, a todo su equipo, incluso el diseño, que he de decir que cuando se empezó a plantear un estudio de esta ambición a nivel nacional se hablaba desde el ministerio de que quizá se contrataran equipos y desde Navarra siempre apostamos por que fueran los profesionales de Atención Primaria, los que están en contacto con su población en cada zona básica, los que contactaran, los que hicieran el cuestionario, los que les citaran, porque son los que conocen a su población. Esta fue una apuesta inicial, ha sido la final y en ella ha estado trabajando y me consta que el equipo que ha liderado este proyecto ha trabajado todos los días de la semana precisamente para hacer que entre todas las comunidades se confluyera, y desde luego aquí quiero agradecerles públicamente todo el esfuerzo que han hecho. Esto por el lado del estudio de seroprevalencia que, efectivamente, va a tener análisis, que nos muestra lo que nos muestra.

Por ir comentando también otras cuestiones que siguen saliendo repetidamente, el tema, por ejemplo, de las PCR y de los test rápidos. Inicialmente recuerdo que Navarra fue yo creo que la segunda comunidad que empezó a realizar, cuando en aquellos primeros casos mandábamos al Centro Nacional de Microbiología, se mandaba para realización de PCR, en Navarra se hacía aquí, en el hospital, en microbiología, lo mismo que los análisis de seroprevalencia se han hecho aquí, en el Hospital de Navarra, en el servicio de microbiología, en otras comunidades se han mandado más a nivel central, aquí se han hecho aquí. También inicialmente éramos de las comunidades que hacía más PCR. ¿Todas las que hubiéramos deseado? No. En principio las PCR, cuando no había tantas como hubiéramos deseado, se priorizaron, que es lo que se debe hacer desde la gestión, priorizar, y uno de los criterios para esta priorización, qué duda cabe, es la gravedad y la toma de decisiones consecuente a esto. En los casos posibles, como luego se ha visto también, como comentaba la doctora Ascunce, la agrupación de síntomas, en los casos posibles que se sospechaba se les aisló aun cuando éramos conscientes de que quizás en no más de un 30 por ciento aquellos casos serían positivos o serían por coronavirus. Los test rápidos han servido para lo que han servido, nunca dijimos que esos test eran para diagnóstico. Nos han servido, no solo desde el departamento, profesionales esto también lo han dicho en conferencias que se han hecho entre profesionales, para qué se estaban utilizando, cuando los test rápidos llegaron, y esto yo creo que ya lo he dicho pero lo repito, con una indicación de para las residencias sociosanitarias, cuando llegaron aquí ya hacíamos PCR a todo caso sospechoso. Se hizo para sintomáticos, los test rápidos se han hecho también a esas personas a las que en su día estando

ya de alta epidemiología se les dijo que se les había aislado por un posible coronavirus pues para ver aun sabiendo efectivamente la limitación que tenían y que no diferenciaban si eran IgM o IgG, pero si era positivo les decíamos pues tuviste un coronavirus. Y en aquellos casos de profesionales que fueron positivos siempre se hacía PCR. Luego no fueron diagnósticos, y esto lo repetiré todas las veces que haga falta, no solo yo, sino otros profesionales que tienen entre sus compañeros el prestigio que tienen en este aspecto.

Ahora que hacemos muchos pues hacemos muchos cuando igual encima instamos a que se hagan más. Vamos a ver si lo aclaramos. Si nosotros, yo creo que se nos debe pedir e intentamos ser coherentes, decimos que nos interesa hacer un diagnóstico precoz de todo caso sospechoso, a todo caso sospechoso hay que hacerle PCR. Efectivamente, de esos casos sospechosos vemos que ahora se están confirmando muy pocos, afortunadamente, y digo también que fruto de que hacemos un seguimiento, un aislamiento y una detección de los casos estrechos, que creo que coincidimos todos en que es lo que debemos hacer para efectivamente limitar e identificar brotes, es por lo que estamos detectando que de los casos que confirmamos el 66 por ciento y más son asintomáticos. Tenemos poco caso sintomático en los que se nos confirman, ¿por qué?, porque buscamos muchos, porque estamos siendo muy proactivos. En este momento tenemos realizadas hasta el día de ayer 67.708 PCR, y hay otros test rápidos que también se están utilizando y que nos vienen de Atención Primaria, nos vienen de sitios donde se les ha realizado un test rápido que da IgM positiva, y efectivamente en Atención Primaria les vamos a realizar una PCR, aunque muchos no se confirmen, porque también, y no es cuestión de comentarlo aquí, pero la inmunidad en este virus pues es un poco atípica y las IgM están dudando mucho más y esto está llevando a replanteamientos y está llevando al final a un planteamiento que creo que hemos defendido desde el minuto uno: PCR para qué, cómo y cuándo. Hemos tenido incluso alguna situación, pero que es la esperada, nosotros marcamos en el ámbito sanitario, sociosanitario, en quien se incorporara a trabajar PCR, puede darse una situación de una PCR negativa en alguien que se incorpora y ante un caso a los días en un medio cerrado y hacer a todos los residentes y a todos los trabajadores sociosanitarios ver que aquel que había dado PCR hace unos días ahora era positivo. Bueno, es la realidad de este virus, es la realidad con la que estamos conviviendo profesionales sanitarios, gestores, políticos, población. Esta es la situación, en muchas cosas llegamos tarde y otras ya vamos conociendo, y lo que sí sabemos es aquello que nos ha funcionado y por eso insistimos en aquello que tenemos que seguir realizando.

Entonces, otras cuestiones generales que han salido, porque yo creo que se ha destacado muy bien lo que suponen las actuaciones que estamos realizando. En cuanto a capacidades, el indicador que se barajaba con las UCI era 1,5-2 camas de UCI por cada diez mil habitantes, lo cual está entre 97,5 y 130 puestos UCI, yo creo que ya es conocido que nuestra capacidad de respuesta del sistema sanitario navarro, que ha sido puesta en valor por el ministerio, pues está ahí, lo mismo que el ministerio puso en valor la solidez y el desarrollo en Navarra de la Atención Primaria y de su atención domiciliaria, y yo creo que ya he repetido varias veces que en Navarra, ante una situación como tuvimos de un impacto tan importante, el que el 80 por ciento de las personas afectadas pudieran estar en su domicilio y con un seguimiento que les daba tranquilidad desde Atención Primaria ha sido muy importante, lo mismo que ahora, y en eso hay tablas comparativas entre comunidades con muchas diferencias, en Navarra el diagnóstico de los casos confirmados en toda esta temporada y a donde están yendo los pacientes es Atención Primaria, se está realizando desde Atención Primaria mayoritariamente, en más del 90 por

ciento, si toca en fin de semana efectivamente hay ciudadanos que van a urgencias de hospital o a otros, pero son los mínimos. En otras comunidades con Atención Primaria en otra situación ésta resultando de otra manera. Entonces, a mí me parece que esta es una cuestión importante, como cuestión muy importante y coincido y se está trabajando en ello tanto desde Salud Pública con el tema de los programas de cribado, efectivamente, este parón que ha supuesto y estos tres meses que nos parece que ha sido una semana pero que ha supuesto lo que ha supuesto, ahora nuestro empeño en recuperar la actividad tanto desde Salud Pública con programas de cribado como en Atención Primaria que ya la ha marcado en el control de pacientes crónicos, pacientes con trastornos mentales, dar acogida también a la afectación emocional de muchas personas. Todo esto, por supuesto, se está trabajando y se está trabajando a la vez que hay que mantener esta alerta, que hay que mantener todos estos circuitos, porque, como muy bien se ha comentado, el virus sigue ahí y estamos en una situación que nos da tranquilidad pero que sabemos que es frágil y de ahí han venido repuntes.

Nosotros, y también quiero comentarlo un poco porque me parece que es un tema importante, hemos realizado 10.190 PCR a profesionales del sistema sanitario de una plantilla de 11.417. Se han realizado estas 10.190 PCR a 8.169 profesionales y lo que se ha comprobado es el posible contacto en tres cuartas partes de los profesionales sanitarios públicos. Esto nos ha llevado también a tener datos como, por ejemplo, que la tasa de positivos es de un 7,5 por ciento de los profesionales a los que se ha testado y de un 6,5 por ciento del total de la plantilla, que es similar prácticamente a los datos que nos salen en el estudio de seroprevalencia global. Entonces, ¿el riesgo para los rebrotes lo tenemos? Lo tenemos, pero efectivamente si identificamos precozmente, como estamos haciendo, si estudiamos los contactos, si tenemos esta actuación, porque efectivamente también en todos estos colectivos como he comentado estamos siendo muy proactivos, ¿cuál es el trasfondo? Lo que hay que ver es con qué criterio se hace esto de blindar espacios sanitarios y sociosanitarios, que sean espacios seguros, tanto para pacientes como para profesionales, y ahí van nuestras actuaciones, como la que estamos llevando también con profesionales, hay toda una línea dentro, marcada también en la estrategia de test de Navarra y como política de personal del Departamento de Salud, para valoración serológica en los profesionales sanitarios y sociosanitarios, pero eso ya lo teníamos, ya estaba previsto desde que lo presentamos. Entonces, todas estas medidas que estamos tomando ahora van en coherencia con lo que hemos dicho que íbamos a hacer. Lo que hemos dicho que íbamos a hacer lo estamos haciendo, lo hacemos y seguiremos, y desde luego que seremos críticos, como he comentado, para decir reforcemos. Y ahora también el tener pocos casos nos está permitiendo llegar a tal nivel de detalle como para que incluso hagamos planteamientos a la ponencia de alertas o al ministerio con el tema del índice de complementariedad, porque estamos, bueno, no voy a entrar en esto porque es una cuestión más técnica, pero me refiero a que lo que nos está permitiendo es analizar, ver si lo que hemos previsto nos está funcionando y ver dónde podemos tener debilidades, que no niego que las tengamos, para reforzarlas y mejorar y, desde luego, transmitir y seguir transmitiendo este mensaje de precaución, de prudencia, en el que sé que estamos todos de manera conjunta, y me parece que desde luego vamos a llegar así mucho mejor a la ciudadanía. Muchísimas gracias, mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Consejera. Antes de dar por finalizada la sesión, nos despedimos de la señora Ascunce, le damos las gracias por su intervención, y del señor Iribarren y cómo no, de la señora Consejera, le damos las gracias

también por estar en esta Comisión hoy. Y ahora sí, sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión. Muchas gracias.

(Se levanta la sesión a las 19 horas).