



DIARIO DE SESIONES  
DEL  
**PARLAMENTO DE NAVARRA**

---

X Legislatura

Pamplona, 12 de febrero de 2021

NÚM. 28

---

**TRANSCRIPCIÓN LITERAL**

**COMISIÓN DE SALUD**

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

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 12 DE FEBRERO DE 2021**

**ORDEN DEL DÍA**

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Coordinador ejecutivo de UCIs de los hospitales públicos y privados de Navarra, D. Juan Pedro Tirapu León, para explicar la capacidad máxima y recursos utilizados de camas UCI en Navarra durante la primera y la segunda ola de la pandemia.

*(Comisión transcrita por la UTE Naturalvox-MondragonLingua)*

(Comienza la sesión a las 12 horas y 19 minutos).

**Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Coordinador ejecutivo de UCIs de los hospitales públicos y privados de Navarra, D. Juan Pedro Tirapu León, para explicar la capacidad máxima y recursos utilizados de camas UCI en Navarra durante la primera y la segunda ola de la pandemia.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Bueno, nos vamos sentando, señorías. Buenos días de nuevo. Damos comienzo a la Comisión de Salud con un único punto en el orden del día: Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, para que el Coordinador ejecutivo de UCI de los hospitales públicos y privados de Navarra, el señor Juan Pedro Tirapu León explique la capacidad máxima y recursos utilizados de camas UCI en Navarra durante la primera y la segunda ola de la pandemia.

Nos acompañan para este primer y único punto en el orden del día el señor Tirapu León, como he dicho, Coordinador ejecutivo de las UCIs de los hospitales públicos y privados de Navarra. Bienvenido. Muchísimas gracias. También nos acompaña el señor Artundo, Director General de Salud Osasunbidea. Bienvenido también, señor Artundo, y muchísimas gracias también por estar hoy en esta Comisión.

La solicitud de comparecencia ha sido registrada 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: Muy buenos días. Muchas gracias, Presidenta. Doctor Tirapu, querido Juanpe Tirapu, bienvenido a este Parlamento. Es un verdadero lujo para la Comisión de Salud contar hoy con su presencia. Lo primero, me gustaría mostrar nuestro más sincero reconocimiento y agradecimiento a la labor realizada por todos los profesionales sanitarios en la atención a pacientes críticos durante esta pandemia, labor que ha requerido muchísima dedicación, mucho esfuerzo, pero que también ha producido tensión y sufrimiento en un trabajo colaborativo sin precedentes, para proporcionar una atención de excelencia a las necesidades de pacientes críticos en Navarra, como no tengo ninguna duda de que así ha sido.

Nunca les podremos agradecer lo suficiente su dedicación en cuerpo y alma, sin horarios, sin descanso, sin límites, dándolo todo en una situación que nunca antes imaginamos vivir. Nuestra confianza en los profesionales y en usted, como coordinador de esta atención, es plena, igual que la merecida confianza y reconocimiento que se han ganado por parte de toda la sociedad navarra.

La presión en UCI ha condicionado en gran parte las medidas implantadas en el ámbito de la gestión. Con base en el indicador de ocupación de UCI se han tomado decisiones que condicionan y van a condicionar las consecuencias sanitarias, sociales y económicas, y por ello consideramos que el Gobierno debería haber sido exquisito en trasladar una información clara y transparente a la sociedad, sin alarmismo innecesario, pero con sinceridad. La mejor manera, creemos, de evitar toda polémica en este ámbito.

Si Navarra disponía de sesenta y una camas UCI antes de la pandemia, cuarenta y dos de ellas en hospitales públicos, es fácil imaginar la presión tan dura a la que han estado sometidos los

profesionales, en momentos en los que solo con pacientes covid se había superado ya ampliamente esta capacidad. Dar respuesta a necesidades abruptas ante una enfermedad desconocida requiere un esfuerzo organizativo ímprobo y complejo.

La capacidad de camas UCI tiene que considerar inexorablemente para nosotros —me consta que para usted también— la infraestructura hospitalaria, el equipamiento y el material médico, pero también la disponibilidad de profesionales capacitados y entrenados para dar una atención de calidad, como me consta que así ha sido.

La continua información contradictoria del Gobierno a lo largo de estos meses, referente a la capacidad de UCI en Navarra, ha sido desconcertante, y por ello solicitamos su comparecencia, para que, desde una visión técnica, nos explique con su experiencia en primera línea los recursos y la capacidad que tiene Navarra, y que habría que considerar para una adecuada toma de decisiones en la gestión.

Agradezco de verdad sus explicaciones, y escucharemos atentamente y con muchísimo interés todo lo que nos tenga que contar. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. Ahora tiene la palabra el señor Tirapu para su turno de intervención, por un espacio máximo de treinta minutos.

SR. COORDINADOR EJECUTIVO DE UCI DE HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS DE NAVARRA (Sr. Tirapu León): Buenos días a todos, y gracias por invitarme a estar con todos ustedes hoy a la mañana. Gracias, señora Ibarrola. Sí que es verdad que el que haya empezado haciendo la pregunta, yo creo que acentuando lo que ha supuesto en Navarra esta pandemia, con el tema de personal, fundamentalmente en este caso, como representante de los cuidados intensivos con respecto a todos mis compañeros y compañeras de las unidades de cuidados intensivos de Navarra, es un tema que, desde luego, me parece fundamental.

Creo que, en muchas ocasiones, durante el inicio de la pandemia se puso un poco más el énfasis a veces en lo que es la estructura, o en lo que es el material —acordaros de los respiradores—, cuando lo fundamental en esta pandemia ha sido el tema de personal, y llegar hasta donde hemos llegado o a donde hemos podido llegar ha sido especialmente complejo, y voy a intentar hoy a la mañana, explicaros como lo hicimos. Así que, que haya iniciado esta comparecencia agradeciendo a los profesionales lo que hemos hecho en esta pandemia es una loa.

Espero que en treinta minutos me dé tiempo, porque, al final, el tema de los «creises» es un tema complejo. Sí que es verdad que soy un hombre fundamentalmente bastante emocional, y en algunas ocasiones puede ser que tenga algunos recuerdos de este tiempo, y no vaya a ser que hasta me emocione. Me perdonáis si es que es así. Intentaré evitarlo.

Les cuento un poquito. No sabía yo en qué espacio iba a estar, y las diapositivas, como van a ver, la letra que es, es la que es, y puede ser que no terminéis de verla. De cualquiera de las formas, dispuesto a mandaros la presentación, que lo que quiero es que me sirva a mí como guía, porque es un tema especialmente complejo.

Un poco para que se hagan a la idea, lo que es la presentación la estructuro, siendo lo más importante cómo organizamos el tema de personal y lo que ha supuesto el tema de personal en esta pandemia, empiezo con la estructura, porque si no entendéis la estructura y cómo lo organizamos, es muy difícil entender cómo organizamos posteriormente el personal. Pero, como bien ha dicho la señora Ibarrola, yo creo que lo más importante en esta ha sido el personal, desde luego, y yo me emociono cada vez que pienso en ellos.

Pero, bueno, inicialmente hablaré de la estructura. En la primera y en la segunda ola para que veáis, porque ha habido diferencias evidentes, fundamentalmente, no tanto por el número de pacientes, sino porque queríamos que siguiera la vida normal en la segunda ola, y lo hemos hecho de forma diferente.

Con respecto al personal, les daré una pincelada fundamentalmente de cómo trabajamos y cómo conseguimos formar equipos de diferentes especialidades para trabajar ahí mismo y luego, no sé si les apetece, les cuento alguna cosita de los respiradores y del material, que también aquello fue tela marinera.

Así que, si les parece, y sin dilación, empiezo con el tema. Empezamos con la estructura. Fíjense, cuando el primer paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos el 28 de febrero del año pasado, sí que inicialmente ya sabíamos que nos podía venir algo, y habíamos reorganizado fundamentalmente el trabajo en las dos unidades de cuidados intensivos de lo que es el A y el B, yo todavía en aquel tiempo no era coordinador de las unidades de cuidados intensivos de Navarra, y lo que hice fue organizar fundamentalmente el espacio en el que yo habitualmente trabajaba. Sí que, lelo de mí, no pensaba que íbamos a llegar a lo que luego llegamos.

Para que se hagan un poco a la idea, no puedo marcarles, pero en el Complejo Hospitalario de Navarra, después de diferentes reuniones, etcétera, nosotros fundamentalmente tenemos 34 camas de cuidados intensivos, tanto en Virgen del Camino como en el hospital, 34, que son 24 en el A y 10 en el B.

Sí que normalmente en los meses de invierno, por la gripe y por otro tipo de infecciones, normalmente lo que hacemos es aumentar las camas de UCI en la UCI B, hasta 12 llegamos a estar. Es más, hasta el espacio en muchas ocasiones llegamos a compartirlo con los pediatras, el espacio de algunas de las camas de UCI, cuando ellos andan también ajustados o tienen problemas.

Así que, en el fondo, nosotros, en el Complejo Hospitalario de Navarra empezábamos este tema con 34 camas de cuidados intensivos, y sí que, en un tiempo récord, fundamentalmente porque, fíjense, nosotros tuvimos 145 ingresos en toda Navarra en la primera ola, y casi todos esos ingresos fueron desde el 1 de marzo hasta la primera semana de abril. Es decir, todos los ingresos fueron en mes y una semana, y casi les diría más que casi todos los 145 ingresos fueron desde el día 14 de marzo hasta la primera semana de abril. Así que imagínese, señora Ibarrola, que normalmente también ha estado con nosotros en la batalla hace ya algunos tiempos, imaginad lo que supuso aquello. Pero eso fueron esos 145 pacientes ingresaron en ese tiempo. Por eso pongo marzo-abril, porque fueron los meses más complejos.

Nosotros conseguimos, en un tiempo récord, convertir lo que es espacio UCI, 34 camas, las convertimos en 44 camas prácticamente en 15 días. ¿Por qué eso que hicimos? Tenemos un espacio físico en 3 boxes de la unidad A, que los convertimos en dobles.

Compramos monitores inmediatamente, las empresas hay que reconocer que algunas de ellas se portaron estupendamente bien, y convertimos la unidad A en 27 camas, y la unidad B, que sí que ya estábamos con 12, tenía un box adicional, que en otros tiempos se iba a utilizar fundamentalmente para pacientes quemados, nos convertimos en 13, y vimos la oportunidad, porque los pediatras están en el espacio físico, están con nosotros dentro de la unidad de cuidados intensivos, de que, quitándoles, entre comillas, las 4 camas de la unidad pediátrica, convertíamos la UCI B en 17 camas. Así lo hicimos, y lo hicimos en un tiempo récord.

De verdad que se montó una unidad pediátrica fuera del espacio donde estamos nosotros, y se fueron los pediatras durante un tiempo, porque luego volvieron antes de la segunda ola, se fueron a una URPA. Así que, en poco tiempo, conseguimos 44 camas de UCI en el Complejo Hospitalario de Navarra para atender lo que nos venía.

Fíjense, yo diría que lelo de mí, como teníamos camas de presión negativa en la UCI A, dije: bueno, los primeros pacientes van a venir a la UCI A, y luego desbordamos. Bueno, aquello fue tremendo, porque el primer paciente sí que vino a la UCI A, pero luego los ingresos eran de cinco en cinco. Así que, inmediatamente, empezamos a llenar pacientes en la UCI A. Luego les diré exactamente por qué hicimos primero la UCI A, la UCI B y las diferentes URPA.

Es decir, en esos días tan complicados hicimos 44 camas de UCI en el Complejo Hospitalario de Navarra. Todavía yo no era coordinador, pues en un tiempo que yo diría que fundamentalmente fue de récord.

Lo que ocurrió es que vimos que no dábamos abasto. Fundamentalmente, cuando después de llenar las 27, empezar a llenar las 17 de la UCI B, haber trasladado pacientes no covid a las URPA. En aquel tiempo lo que preveíamos es que los pacientes no covid iban a estar en las URPA, que normalmente es un espacio que no son boxes individuales, y es más fácil manejarse con el paciente no covid.

Lo que hicimos es reconocer un espacio físico que está muy bien, que es la sala de endoscopias, porque tiene boxes individuales, tiene un monitor que no es exactamente igual que un monitor de cuidados intensivos, y vimos la oportunidad de que ahí podíamos montar espacios de críticos también para covid.

Así que lo mismo, otra vez en un tiempo récord, es decir, haciendo que los digestólogos se fueran a hacer sus colonoscopias al Hospital Virgen del Camino, lo que hicimos fue, y cardiólogos y otro tipo de especialidades nos dejaban también lo que es la CMA, que es un espacio físico colindante con endoscopias, fuimos capaces de llegar a tener preparadas 24 camas. Es decir, fíjense, prácticamente casi duplicamos las camas de cuidados intensivos en el Complejo Hospitalario de Navarra, las duplicamos también en un tiempo récord.

Sí que es verdad que ahí el problema fundamental que tuvimos, como ha comentado también la señora Ibarrola, fue adecuar el personal, obviamente, e intensivistas para todo esto no daba de sí, sobre todo, y ahora les contaré lo que hicimos también el resto de Navarra, intensivistas

no había, y lo que hicimos fue grupos de trabajo. Luego les cuento en el personal cómo lo hicimos, junto con nuestros compañeros de anestesia, que en el fondo fundamentalmente son gente que está acostumbrada a manejarse con respiradores, que era un poco el tema fundamental en estos pacientes, sobre todo cuando ingresaron en la primera ola.

Fíjense cómo llegamos a montar 24 camas de cuidados intensivos —bueno «cuidados intensivos» no me gusta—, de críticos, porque no tenían exactamente la misma calidad de todo, el monitor, etcétera, que las camas de arriba, y para que se hagan un poco a la idea, se llegaron a utilizar 18 de esas camas. Yo me acuerdo ese día como si fuera... yo diría que pensaba que iba a ser el último día de mi vida. Porque, probablemente, lo que ocurría es que, cuando llegamos a utilizar 18 camas, es cuando empezamos a pensar que probablemente ni con esas 24 íbamos a dar abasto.

Entonces es cuando pensamos, y dotamos y preparamos, 6 camas en Observación de Urgencias, porque la Observación de Urgencias del Complejo también son boxes individuales, y era un sitio relativamente idóneo para que los pacientes con covid estuvieran ingresados, pero imaginaros cuál fue el agobio que tuve cuando veía qué personal médico voy a poner a trabajar allá, qué personal de enfermería voy a poner a trabajar allá.

Obviamente, hubo una oferta, además, sin condición de nuestros compañeros de urgencias, que, además, se formaron con nosotros durante una semana, y con ellos habría contado probablemente en aquellas circunstancias, seguramente con un coordinador de cuidados intensivos para facilitar un poco las cosas.

Pero, a pesar de tenerlas preparadas, ya ven que no llegamos ni a utilizarlas, y llegamos a pensar de rellenar todos los boxes de observación si es que hubiese sido necesario. Es más, llegamos a preparar una nueva observación de urgencias en otro sitio, lo que era nuestra vieja UCI, por si llegábamos a ese extremo y teníamos que trasladar, porque a los pacientes en observación no era necesario. La patología no covid continuaba existiendo, aunque fundamentalmente era muy poco importante. En aquella época, por lo menos, fue muy poco importante, porque acordaros que estábamos todos en casa, estábamos todos en casa y prácticamente no había accidentes de tráfico, no había prácticamente nada.

Sí que lo que hicimos cuando empezamos a desalojar nuestras camas de cuidados intensivos de la UCI A y UCI B, inmediatamente trasladar a todos los pacientes no covid a las URPA. La URPA A y la URPA B, como ven que pone ahí 17 y 15, son las camas físicas que tienen, y lo que hicimos inicialmente, cuando de la URPA A nos iba invadiendo el covid, es trasladar a los pacientes de la UCI A a la URPA A, a la UCI B y a la URPA B. De esa forma fuimos desplazando la patología no covid fundamentalmente a las URPA, y cuando vimos que no dábamos abasto tampoco en la UCI B, trasladamos pacientes de la UCI B a la URPA A nuevamente, a algún paciente —pocos— a la URPA B, y hasta a algún paciente trasladamos a Clínica Universidad de Navarra, pero que tiene unas características un poquito especiales.

Es decir, con aquellas camas, si hubiésemos necesitado, llegamos a tener 14 pacientes no covid en las URPA. Pero, si habíamos necesitado tirar de más camas de la URPA por haber tenido más patologías, no covid, obviamente, tener patología covid en la URPA era absolutamente imposible, es un espacio abierto, y compartir una y otra patología era impensable. Además, en

las URPA todavía, además de pacientes críticos, había pacientes postoperatorios de urgencia o de otro tipo. Habría sido también complejo. No sé lo que habríamos hecho, si habríamos tenido que necesitar, pero complejo.

Pero esas son camas que las teníamos en cabeza, y que llegamos a utilizar, ya les digo, hasta 14 pacientes. La Clínica Universidad de Navarra inicialmente tiene 12 camas de UCI, y cuando se me nombra a mí coordinador, ellos se ponen a nuestra disposición con esas 12 camas. Al hacer el cierre, tenían poco trabajo por su cuenta, y ponen a nuestra disposición esas 12 camas, y luego tienen 12 camas de cuidados intermedios.

Ellos lo que pusieron a mi disposición fueron los 24 boxes de intensivos y de cuidados intermedios, que no son exactamente lo mismo, pero es lo que había en aquel momento. Es más, en algún momento de apuro se llegaron a ofrecer hasta 6 puestos en las URPA, que ellos más o menos iban utilizando para la poca cosa que hacían, en las URPA de la clínica.

Una consideración especial tiene la CUN, que es que, en general, en todas las unidades de cuidados intensivos de Navarra, y también en una de las privadas, los responsables de la unidad son intensivistas. En este caso son anestesiólogos especialmente adiestrados desde hace muchísimos años a los críticos. Así que, de la clínica, dispuse de 24 camas, y la colaboración por parte de ellos fue en este caso absoluta. En ninguno de los casos tuve ningún tipo de conflicto con ningún tipo de ingreso o traslado que hice y cosas de ese tipo.

Estella, que era una unidad muy pequeñita que inició con 3 camas, tuvieron la capacidad en esos 15 días de llegar a tener hasta 9 puestos. Sí que condicionaba mucho, porque ellos comparten el espacio con los anestesiólogos en el tema de postoperatorios, y condicionó mucho el tener mucho paciente covid en la UCI, y eso que Estella en la primera ola fue la que menos pacientes covid tuvo de todo Navarra.

Sí que es verdad que era sorprendente cómo estaba Tudela, por ejemplo, o cómo estábamos nosotros aquí, en Pamplona, y cómo estuvo Estella. Sí que es verdad que Estella, yo creo que de aquella se dio cuenta de que se portaron muy bien, y ahora tenemos un poco más de jaleo en esta tercera ola. Pero sí que es verdad que Estella, a pesar de que montó lo que montó, tuvo menos presión. Eso ayudó también. Eso nos ayudó también, sobre todo en la segunda ola, para que yo trasladara pacientes de un lado para el otro.

La Clínica San Miguel puso también a nuestra disposición las 6 camas de UCI que tienen. Yo siempre suelo decir, o siempre se lo solía decir al responsable que son 4+2, porque sí que es verdad que en aquellos tiempos todavía no tenían una disposición de tener 6 respiradores con garantías. Pero sí que es verdad que pusieron a nuestra disposición 6 camas de UCI y, además, las utilizaron como más de una vez.

Tudela, que yo creo que fue el paradigma de todo esto, 1 de marzo empezamos con la unidad de cuidados intensivos, en principio cerrada, porque tenían que hacer una obra que era impecable hacerla, y lo que asumimos es: bueno, cerramos lo que es la UCI, se abren 3 camas para el paciente crítico, lo que ellos llaman URPIA, y empieza este jaleo, y empieza como lo que ocurrió en Tudela, que Tudela fundamentalmente fue la que tuvo más incidencia con respecto al resto de Navarra.

Entonces, en un tiempo récord, lo que hicimos fue de nuevo abrir las camas de cuidados intensivos, para yo creo era 18... Cuando estábamos en plena... 18 de marzo, sí, y abrimos 7 camas, y de forma progresiva, conforme las cosas nos iban comiendo, abrimos 3 camas más en la antigua URPA, 3 camas más en la URPITA, y llegamos fundamentalmente a coger también todas las camas de la URPA, suspendido toda la actividad quirúrgica. Todo esto, fundamentalmente, es una actividad quirúrgica prácticamente nula, y Tudela llegó a tener 21 camas en total, y llegaron a tener hasta 19 pacientes entre covid y no covid, momentos verdaderamente críticos. No sé si se aclaran un poco a cómo fue, y esto fue todo fundamentalmente muy dinámico.

Yo, como cosas así importantes en esta primera ola, el personal de enfermería era fundamental para que esto funcionara. El paciente covid es un paciente especialmente complejo, yo diría que es probablemente de los más complejos de una unidad de cuidados intensivos. El paciente covid sabes que es un paciente que hace una neumonía, que hace un síndrome distrés respiratorio agudo, que es lo más grave que sueles tener, y son pacientes que, para que se hagan un poco a la idea, tengo los datos aquí, estamos hablando de pacientes que se quedan 21 días en la UCI, cuando lo normal en el complejo es que la media es de 8 días. 21 días en la UCI, los cuidados de enfermería auxiliares son brutales. Es decir, y específicos, además, de una unidad de cuidados intensivos.

Pero el contacto permanente con enfermería a mí me ayuda muchísimo. Yo prácticamente cada día estaba con todos los responsables de enfermería, e íbamos montando camas donde vimos que podíamos montar, de forma importante, porque detrás de ellos venía fundamentalmente todo el personal, el que yo ponía, médicos, y ellas y ellos, como personal de enfermería, auxiliares, etcétera, que luego les explicaré, lo que es necesario para trabajar, de alguna forma, con calidad, como yo creo que se ha podido hacer.

Luego, el trabajo conjunto que había, de forma que íbamos coordinadamente organizando todo, lo que les he dicho, miremos de la UCI A trasladamos los pacientes no covid a la UCI B, a la CUN alguno, y a la URPA A. De la UCI B luego trasladamos pacientes no covid a la URPA B y a la URPA A para liberar todo para pacientes covid. En endoscopias, las 10 camas iniciales de endoscopias las usamos todas. Las de la CMA también las usamos todas, y nos quedamos sin usar las 6 camas de la sala de endoscopias, donde se hace el procedimiento. Desde luego, también nos quedamos sin utilizar la observación que son 8 camas. Si llegamos a tener que llegar a todo esto, yo creo que seguramente habríamos tenido problemas.

Yo creo que una cosa, y eso es una alabanza fundamentalmente a mis predecesores en este tema, desde mi primer jefe, y los jefes también del Virgen del Camino, es que una dinámica que teníamos desde hace muchísimos años en Cuidados Intensivos es que cada año pedíamos respiradores, y eso hizo que, cuando empezamos esta movida, ya teníamos respiradores para todos los boxes de críticos, prácticamente de todo Navarra, y eso a mí me dio cierto grado de tranquilidad hasta que vi hasta dónde podía llegar el tema.

A pesar de eso, en el mes de febrero, sabiendo que esto podía venir, se nos concedió la compra de 24 respiradores, que ya les explicaré el viaje que llevaron aquellos respiradores, y no me refiero fundamentalmente a los turcos. Pero yo creo que ese fue un tema importante. Es decir, empezamos este tema con las 44 camas de la UCI y del Complejo Hospitalario de Navarra, con



respiradores para todos ellos. Sí que les pedimos algún préstamo a los cardiólogos, y un poquito de préstamo también a los pediatras, pero teníamos respiradores para todos, y eso, en la primera intentona nos ayudó mucho, respiradores además fórmula 1, que, en general, para que sepan, en la UCI de aquí, de Navarra, tenemos respiradores que son especialmente buenos. Los hemos tenido casi siempre.

El tema de camas, colchones, bombas, monitores, fue una auténtica locura. Pero, desde luego, desde las casas comerciales que podían, algunas se escondieron, pero algunas casas comerciales podían. Lo que nos ayudaron fue de forma inmediata, y yo diría que todo el mundo de la electromedicina, mantenimiento, se volcó con nosotros. Fue verdaderamente emocionante, de verdad.

Así que lo que les pongo ahí, llegamos a tener 44 camas de UCI como tal, y luego montamos 30 boxes de críticos en tiempo récord. Aunque no llegamos a utilizarlo todo, pero sí que fue así. Pongo ahí que se usaron 16 porque el mismo día que llegábamos a 18 dimos 2 altas. Recuerdo las dos como si fuera hoy mismo.

Las camas de URPA, que las utilizábamos para el paciente no covid, no llegamos a tener más de 14 pacientes ahí. Fue verdaderamente alucinante que, recluyendo a toda la gente en casa, la patología crítica no covid fue mínima, pequeñísima. Que hubiera 14 pacientes exclusivamente era ridículo. Desde luego, no me esperaba yo que iba a ser así, y, desde luego, nos vino muy bien, porque probablemente, mucho más que eso, habríamos tenido verdaderos problemas.

El tema de la distribución de camas entre un lado y el otro también nos vino muy bien. El poder haber vaciado las UCI rápidamente, sin ningún tipo de problemas por parte de los diferentes servicios, secciones, yo creo que vino estupendamente bien, y el que hubiera un coordinador en esta movida creo que fue fundamental. Era un tema que nosotros lo pensamos, y decíamos: «alguien tiene que organizar todo esto a la vez», e inmediatamente se trasladó este tema y se me nombró a mí. A mí, o cualquiera podía haberlo hecho perfectamente bien, porque lo que hacía falta era estar un poco listo a la hora de trasladar y distribuir pacientes.

Yo diría que una de las cosas que han sido importantes es que todos los responsables de las UCI de Navarra, públicas y privadas, desde luego, no tengo ninguna queja de ninguno de ellos. Desde luego, la disponibilidad por parte de todos ha sido fundamental. Creo que no he tenido ningún «pero». «Este, trasládalo a Tudela, este pásalo a Estella, o este pásalo a la clínica, y luego me lo pasas a mí», o cosas de este tipo.

En lo que es la estructura, y también el tema del personal. Hemos llegado también a ayudar con enfermería a las UCI de Estella cuando lo estaban pasando especialmente mal. Así que ese es un tema también que yo creo que le doy muchísima importancia.

La actitud, que les he dicho, de colaboración absoluta entre todos. Una de las cosas que también, y además es... En cuanto yo decido, fundamentalmente el día 14 de marzo, que se acabaron los días festivos, nadie puso ninguna pega. Un 14 de marzo decidimos que teníamos que trabajar todos los días a saco, y eso es lo que hicimos durante prácticamente más de un mes. No había sábados ni domingos, y nadie en ningún momento dijo absolutamente nada. Nos organizamos

como nos organizamos, y conseguimos, dando días de descanso, llegar a lo que llegamos. Pero nadie puso ninguna pega al respecto.

Algo que fue relevante es que mantuvimos las sesiones clínicas, a pesar de que había un cierto caos, o que lo que estaba ocurriendo te llevaba al desorden, ya saben que el desorden, aquello o eso... intentamos mantener las secciones clínicas. Las secciones clínicas se mantuvieron en todas las unidades de cuidados intensivos, y yo fundamentalmente, la sección que más importancia para mí tenía era la de la UCI extendida. No tengo tiempo tampoco de explicarles cómo tenemos organizada la UCI del Complejo Hospitalario de Navarra, pero no todo el mundo está físicamente en una u otra unidad, sino que tenemos una unidad virtual que le llamamos UCI extendida, que en estos momentos yo creo que es el futuro de las unidades de cuidados intensivos, en la que hay profesionales intensivistas que están encargados de valorar continuamente pacientes de cuidados intensivos, mantenerlos o no mantenerlos en la planta, con un seguimiento estrecho, y esa UCI es la que se comió fundamentalmente gran parte del trabajo de decidir qué pacientes ingresaban en las unidades de cuidados intensivos de forma inmediata, qué pacientes no ingresaban en las unidades de cuidados intensivos por contraindicaciones que nosotros considerábamos, etcétera.

En esa UCI estaba yo normalmente cada mañana, porque reforzaba o ayudaba a reforzar, fundamentalmente por mi veteranía, algunas decisiones difíciles que se habían tomado con respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico, y en muchas ocasiones como paño de lágrimas, porque algunas de las guardias, la gente, fundamentalmente en la UCI extendida, acababa destrozada. Sí que es verdad que tuve que hacer a veces hasta de papá también. Así que el haber mantenido las sesiones clínicas, y que la gente que tomaba las decisiones en la planta se sintiera respaldada por el resto del equipo, y, desde luego, por mí, que en este caso en el complejo era el jefe de servicio, a más a más.

Creo que el organigrama de trabajo que tuvimos en esa UCI extendida que les digo fue fundamental. Pasábamos visita con nuestros compañeros de medicina interna, pasábamos visita a la tarde, y pasábamos visita también a la noche, fundamentalmente para que no ocurriera que a las cuatro de la mañana un paciente se había puesto malo porque nadie se había dado cuenta de que igual a las nueve de la noche ya hacía falta que hubiese ingresado en la UCI, o le había que cambiar el tratamiento, o fuera lo que fuera.

Creo que eso también ayudó muchísimo en la primera. En la segunda no les quiero ni contar, en la primera, porque lo hicimos rápido. Hicimos un plan de formación de enfermería —voy a ir un poco más rápido— en esos días también, porque reclutamos un montón de enfermeras de quirófano y de urgencias para que nos ayudaran en equipos multidisciplinares a nosotros. De eso se encargó la jefa de área. Creo que la colaboración con anestesia y endoscopia en la CMA y las URPA estuvo bien. Mejorable, obviamente, porque saben que no es fácil tener que trabajar con personas que habitualmente no trabajas, pero estuvo suficientemente bien, y yo creo que funcionó suficientemente. Es verdad que también la gente que se apuntó a trabajar con nosotros en intensivos es la que, de alguna forma, tenían más formación en el tema, y también la actitud, porque al final, meterte a trabajar con un paciente covid no es un tema baladí.

Digestivo, desde luego, también un reconocimiento. Digestivo se fue sin decir absolutamente nada de la unidad de endoscopia, sabiendo lo que suponía para ellos, porque luego, además,

tuvieron que trabajar de tardes, etcétera. Pero sí que queríamos hacer entender al hospital que este no es un problema de intensivistas, este es un problema del hospital, y que todos los profesionales tenían que estar a tope con este tema. Así que digestivo también fue un servicio al que le quitamos el espacio, y muchos profesionales también, que nos ayudaron en esta movida.

Yo, de verdad que, servicios centrales para la compra de material, la disposición que tuve fue brutal. Sí que es verdad que era una locura conseguir respiradores por ahí, monitores, camas, colchones, capnografía. Me acuerdo que aquello era una locura. Pero se portaron estupendamente bien. Electromedicina y mantenimiento no les quiero ni contar. Me acuerdo todavía un día que necesitábamos que nos hicieran seis puertas el carpintero del complejo, y nos la hizo en veinticuatro horas. Impresionantes, y cosas de ese tipo.

Envío de respiradores hasta Estella, porque mandó respiradores de anestesia a Estella, porque en ese momento todavía no nos había llegado lo que queríamos. Así que también un reconocimiento a esa gente, que gracias a ellos estamos vivos.

Luego, la disposición de informática. Tenemos un sistema informático —que la señora Ibarrola sí lo conoce, bien además— en todas las UCI. Conseguimos en la primera que todo ese sistema se lanzara a todas las camas de UCI. Era mucho más complejo hacerlo con las camas de críticos que hicimos de fuera. Pero en la segunda ola sí que se ha conseguido también, porque los profesionales que están detrás han sido de una implicación brutal.

Mis amigos del grupo de Bioética. De verdad que, cuando empezamos con esta movida, yo no pensaba que esto podía ser tan complejo con respecto a las decisiones de limitación, etcétera. En aquel tiempo hubo un momento en que yo pensaba que aquello me desbordaba, y hablé con la Dirección, y se montó un grupo de Bioética con profesionales sobresalientes, algunos de ellos ya jubilados, algunos de ellos intensivistas, y que comprendían bien esta situación, y no saben lo que me ayudó, lo que ayudó objetivamente, sí, en algunas cuestiones relevantes, y lo que me ayudó a mí también como responsable de las UCI, ya saben, el teléfono, a llamarme y a todas esas cosas. Así como el reconocimiento, que siguen trabajando. Yo creo que el último menester que tienen de por medio es el tema de las vacunas. No sé si están con el tema de las vacunas, o estuvieron. Creo que igual esto también ha pasado.

Pero, de verdad, que el haber tenido un grupo de Bioética, montado, además, rapidísimo, con profesionales reconocidos a los que yo estuve en la primera reunión, reunión que no se me olvidará nunca en la vida, también fue muy importante.

Luego algo que no sé si me ayudó o no me ayudó, que fue lo que la Dirección me iba diciendo de lo que venía. Ya saben que tenemos un acuerdo con la Universidad Pública de Navarra. En nuestro caso hay dos tesis doctorales en nuestro servicio con el tema de la predicción de camas de UCI y otro ámbito, y nos ayudaron fundamentalmente a lo que era la predicción de lo que nos venía, y a partir de ahí la utilizamos, además, y nos ayudó muchísimo.

Sí que es verdad que luego no vino lo que parecía que venía, pero, desde luego, sí que ayudó a que nos adelantábamos en muchas ocasiones a lo que parecía que íbamos a tener. Ellos siguen trabajando, y han trabajado con nosotros en la segunda ola, han podido afinar mejor las cosas,

y eso ayudó yo creo que mucho más de lo que ayudó en aquel momento. Esto con respecto a la primera, como ya sé que me van a preguntar.

Con respecto a la segunda, las cosas fueron diferentes, y luego me explico por qué fueron diferentes. Desde luego, de nuevo, otra vez en la segunda, después... Yo digo que la segunda ola es a partir del 21 de junio, que es cuando se abrió de nuevo todo el espacio a... A partir del 21 junio, las 34 camas de UCI habituales, de nuevo, otra vez, pero, claro, la segunda ola, para que se hagan un poco la idea, y estos son los datos hasta finales de noviembre, tuvimos muchísimos más pacientes que en la primera, claro 275, esto es a finales de noviembre. Ahora podríamos decir que son muchísimos más. Fueron desde julio hasta yo diría que diciembre aproximadamente. Así que, a pesar de que son ciento y pico pacientes más que el anterior, sí que es verdad que fueron durante un tiempo más prolongado.

Pero yo diría que la segunda ola, y fundamentalmente los tiempos en los que lo pasamos peor, fue ahí por los meses de mitades de octubre, que es cuando tuvimos la mayor cantidad de ingresos y llegamos a mayor cantidad ingresos a la vez en la UCI. Hicimos una cosa parecida con el tema de las camas de cuidados intensivos, convertimos de 34 y 44, no me voy a poner exactamente a hacerlo como lo hicimos, porque fue un poco más complejo. Por ejemplo, la UCI pediátrica no la rescatamos hasta el 25 de octubre. Pero lo que conseguimos al final, cuando estábamos en octubre en plena...

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Debe ir acabando. Ha consumido los treinta minutos. (MURMULLOS). Pero acabe, le dejo unos minutos más.

SR. COORDINADOR EJECUTIVO DE UCI DE HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS DE NAVARRA (Sr. Tirapu León): Llegamos a tener otra vez las 44 camas que teníamos durante la primera, pero ya les digo que la secuencia fue algo más diferente, y en este caso, por los motivos que luego voy a evitar, sí que mezclamos inicialmente pacientes covid y no covid. Vimos que probablemente podíamos trabajar con ambos pacientes, como trabajábamos con boxes individuales, y habíamos aprendido a trabajar con pacientes covid, nos vimos con fuerza.

Luego, conforme las cosas se han ido complicando, prácticamente la UCI B es la que se lleva el paciente covid. Hicimos y abrimos las endoscopias, porque no pudimos abrir las 27 camas de UCI hasta que pasó un tiempo, ni tampoco las 4 de la UCI pediátrica, y con ello hemos podido, porque ahora las endoscopias no las hemos utilizado para pacientes covid, las hemos utilizado para pacientes no covid, hemos podido trabajar y con eso hemos podido evitar suspensiones quirúrgicas y problemas para ingresar al paciente no covid.

La CUN ha puesto a nuestra disposición las 12 camas de UCI. Lo que sí que es verdad es que el acuerdo que tomó el Gobierno, el Servicio Navarro de Salud, inicialmente fue con 4 camas, y cuando nos vinieron mal dadas, 4 camas, perdón, llegamos a tener un acuerdo de 8 pacientes para el Servicio Navarro de Salud.

Estella, y yo creo que esto es un hito, cuando vio lo que había tenido durante la primera ola, lo que ha hecho ha sido abrir una UCI nueva en un espacio antiguo, pero ha abierto una UCI nueva que no depende en estos momentos de anestesia, y que, además, no compromete lo que es la programación quirúrgica. El 3 de julio se abrió una UCI con 8 camas en la unidad de Estella, con

toda la dotación de monitorización, personal, etcétera. Así que ese es un dato que yo creo que es novedoso, y que ha ayudado esta movida para conseguirlo. Sobre todo, porque yo creo que era una necesidad desde hace ya algún tiempo.

La Clínica San Miguel hizo exactamente lo mismo con las 6 camas de UCI, y Tudela, específicamente, para que se hagan un poco a la idea, de nuevo empezamos con problemas, porque había que hacer la obra que se dejó a medio hacer allá en la primera, y decidimos, con la gerencia de Tudela, que el paciente covid lo trasladábamos a Pamplona durante los meses de julio, agosto, y fue mitades de septiembre, y así trabajamos. Ellos abrieron 3 camas de UCI fuera de la UCI, lo que era URPIA, y tuvieron una cama adicional, en la que ingresaban a un paciente que sospechaban que era covid. Si era covid, nos lo trasladaban a Pamplona, y si no, se quedaba allí.

Al final, después de la obra, el 14 de septiembre se abrieron las 10 camas de UCI, se abrieron las 7 que tienen ellos habitualmente más otras 3 en la B. Esto es un poco lo que hicimos en esta segunda ola.

Voy a obviar todas estas cosas, porque creo que parte de ellas ya las he dicho. Con respecto a la organización del personal, fundamentalmente decirles que, en la primera ola, un poco para que se hagan a la idea, es una cosa que luego, si quieren, me preguntan, cuando organizamos las endoscopias, la UCI A y las endoscopias, ya ven que teníamos 27 camas de UCI A y 18 camas en endoscopias, más o menos, que tuvimos que dotar con personal.

Lo que trabajábamos era dos intensivistas de guardia a partir de las quince horas. Estamos hablando de la UCI A. Dos intensivistas los pasé al turno de tarde. Tuvimos algunas cosas y pasábamos todos al turno, solamente parte. Dos intensivistas pasamos al turno de tarde para reforzar un poco la tarde. Uno de ellos ayudaba normalmente a endoscopias, porque se quedaba un anestesista, y el otro ayudaba a los de la UCI extendida a tomar decisiones y a ingresar pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

Luego se quedaban dos intensivistas de guardia, que apoyaban, además, a los anestesistas que estaban en endoscopias, y si era necesario también a la UCI extendida. Endoscopias se quedó con 18 camas, lo que hacíamos a la mañana era pasar visita dos intensivistas, que eran un poco los coordinadores, con anestesistas. Llegamos a tener hasta cuatro anestesistas con nosotros a la mañana, y posteriormente continuaban dos anestesistas de turno de tarde o de guardia, ayudados por el intensivista de la UCI A, o también ayudados por el intensivista de la UCI extendida. Es decir, hicimos un *mix* entre guardia y turno.

La UCI extendida, que era fundamental, lo que hice fue retraer adjuntos de las dos unidades, para que, durante la mañana, de acuerdo con los internistas en la planta, pasaban visita y decidían ingresos, altas, etcétera. Luego quedaba uno de ellos, que normalmente lo que tenía era apoyo por el residente o por cualquiera del A y el B, de guardia hasta el día siguiente.

La UCI B trabajó con diecisiete camas, y lo que sí hicimos es que, en vez de estar uno y medio de guardia, que solían estar algunos días, lo que hicimos fue poner dos personas de guardia, con lo que supuso para ellos también de trabajo.

Las URPA normalmente estaba anestesia, y con el apoyo, o de los adjuntos de la UCI C o de los adjuntos de la UCI A. En previsión de que podíamos tener que llegar a observación de urgencias, siete médicos de urgencias se formaron con nosotros, por si hubiese sido necesario trabajar con ellos en la observación.

Tudela también reorganizó todo. El sitio más complejo de organizar fue Tudela, Estella, San Miguel y CUN, que hicieron su organización propia yo creo que bastante bien. El más complejo fue Tudela, pero también hicimos equipos junto con anestesia y, al final, a pesar de que tuvieron un montón de pacientes, las cosas fueron más o menos organizadas. Complejas, pero organizadas. En la clínica, como les he dicho, no hay intensivistas, y estaban fundamentalmente trabajando los anestésistas.

En lo que es en esta segunda, lo que hemos hecho ha sido una cosa parecida sí que es verdad que lo que hemos hecho fundamentalmente en la UCI A, con 24 o con 27 camas, dependiendo de los tiempos en que estábamos, era dos intensivistas de guardia a partir de las dieciocho horas, y un intensivista al turno de tarde, fundamentalmente para ayudar en los momentos más potentes.

En endoscopias hemos trabajado fundamentalmente intensivistas y anestesia. Como se había contratado a gente, los residentes que acabaron con relativa facilidad, y se quedaron, además, se ha podido contar con algún intensivista más sin problema.

Luego, en lo que es la UCI extendida, la organización ha estado muy bien. Ellos han trabajado fundamentalmente en la UCI extendida, y también han hecho el apoyo a la unidad de endoscopias, de forma que hemos estado algo más cómodos trabajando, fundamentalmente endoscopias, no solamente por la organización, sino también por el tipo de paciente que hemos tenido que trabajar, que es el paciente no covid.

En la UCI B, a partir de 17 camas, de nuevo hemos hecho la segunda rueda de guardia, y sí que es verdad que, en este caso, para evitar que la gente de intensivistas del B tuviera muchas guardias, anestesia también nos ha ayudado, y en algunos días, casi diez, el segundo de guardia en intensivistas del B es un anestésista. Fundamentalmente aquella gente que quiere.

En Tudela, Estella, San Miguel y la Clínica, las circunstancias han sido también parecidas. Lo que peor lo han estado pasando con relación al personal han sido Estella, que en estos momentos continúa teniendo cinco pacientes covid ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Pero la organización también ha sido la que ven ahí. No me voy a explayar, porque si no...

Un poco para que se hagan a la idea. Esto fue lo que fuimos necesitando de enfermeras y de auxiliares, conforme íbamos aumentando. Fíjense cómo, en una UCI, en la nuestra, de 27 camas, necesita de 76 enfermeras para todos los turnos, y de 48 auxiliares, y así todo. Esto ha sido nuestro caballo de batalla. Porque, si ven ahí, en los cuadros, cada uno de los escenarios los teníamos pensados y sabíamos exactamente cuál era la cantidad de enfermedades y auxiliares necesaria. No les quiero ni contar lo que suponía para las jefas de unidad y para la jefa de área el que esto cuadrara. Seguramente en muchas ocasiones acabábamos casi desgañitados y llorando, porque era absolutamente imposible.

Dos palabras del material, y acabo. Respiradores, el caballo de batalla... A mí, lo de los respiradores me trajo a mal andar, ¿saben por qué? Porque yo creo que el 30 por ciento de las llamadas por teléfono que tuve durante la primera parte de la pandemia fueron porque un montón de empresas, navarras y no navarras, querían montar un respirador, con lo que supone montar un respirador de críticos como Dios manda, y con calidad, y querían mi colaboración, o colaboración de mis compañeros, que estábamos para lo que estábamos, y fue una auténtica locura.

Sí que es verdad que, fíjense cómo antes de empezar esta movida, ya teníamos 44 respiradores en cuidados intensivos, y recluté respiradores de diferentes sitios, y, de alguna forma, empezábamos con 53 respiradores. No quiero que se vuelvan un poco locos, pero esto es lo que hemos ido consiguiendo conforme han pasado los tiempos. Los primeros que llegaron, justo cuando ya no necesitábamos, fueron los Oxivent, los famosos de turcos. Llegaron un día a las cinco de la madrugada, fueron recibidos por electromedicina, y los teníamos preparados a las ocho. No los llegamos a utilizar en pacientes, lo que hicimos fue ponerlos en marcha y, además, probarlos con balón. Bueno, ahí están. Tengo idea de lo que voy a hacer con ellos *a posteriori*, porque creo que son respiradores que se pueden utilizar perfectamente *a posteriori*, si es que no los necesitamos en esta movida.

Nos han llegado 109 respiradores, el Ministerio llegó a un acuerdo con una empresa española de respiradores, chiquitita, en Torrejón, llegó a un acuerdo para montar respiradores de este tipo, y nos llegaron 109. Son respiradores que sí que es verdad que, en un momento malo, los puedes llegar a utilizar, pero son respiradores pensados fundamentalmente para el transporte.

Un poco para que se hagan a la idea, de estos 109 respiradores, 4 de ellos llegamos a utilizarlos en la pandemia, en Tudela y en San Miguel, y una parte importante de ellos ha servido para modernizar toda la ventilación mecánica de la extrahospitalaria. 38 de ellos los hemos repartido por todas las UVI móviles y sistema de la extrahospitalaria, porque creo que son respiradores que sirven para ese menester.

Todo lo demás son regalos. Muchos de ellos buenos, y que han servido para que modernicemos nuestros equipos respiradores. En esta última, estos tres últimos, es lo que he conseguido antes de la segunda ola, porque muchos de los respiradores que ven aquí son regalos de diferentes empresas, como ven. Pero, claro, detrás de esos respiradores no hay una empresa que se responsabilice del mantenimiento, que se responsabilice del fungible, y son respiradores que dan muchísimo miedo.

Están muy bien, muy bonitos. Muchos de ellos están fabricados en China, y tengo cierto grado de desconfianza a veces con ellos. Los hemos llegado a utilizar, porque quería probarlos, y hemos llegado a aprender, electromedicina del hospital, cómo montarlos. Pero, un poco para que se hagan una idea, hemos llegado a adquirir 191 respiradores en esta última movida.

Aparte de eso, obviamente las empresas de toda España querían ayudar, nos mandaron un montón de respiradores de no invasiva, que prácticamente no utilizábamos, y que también tengo intención de utilizar. Los concentradores de oxígeno, que se utilizan mucho en la extrahospitalaria para dar oxígeno a los pacientes covid, y esos se han repartido todos, y los está utilizando la extrahospitalaria.

Bueno, todo esto más o menos que nos ha llegado, vamos a intentar utilizarlo *a posteriori*, cuando todo esto, si está bien, desaparezca. Los críticos también nos han ayudado a modernizar muchos de los respiradores, y en estos momentos prácticamente cada una de las camas de críticos fuera de lo que es el Complejo Hospitalario de Navarra tiene un respirador, de mejores o peores características, pero tienen un respirador.

Lo que les he dicho, sí que es verdad que el sistema informático hemos conseguido en esta segunda ola a llegar a todos, es decir, todas las camas de críticos de Navarra funcionan con el sistema informático que se diseñó inicialmente para el Complejo Hospitalario de Navarra, incluida la unidad pediátrica, pendiente de que, además, introduzca la unidad de neonatología.

Las monitorizaciones ahora, en la segunda ola de la UCI pediátrica, han sido nuevas. Son monitores, y tenemos intención de utilizarlos también *a posteriori*. Camas y colchones también hemos comprado nuevos, y también han sido de mayor calidad en esta segunda ola.

Creo que una cosa que ha sido muy importante también para nosotros, porque había muchísimo miedo, es que la nueva UCI pediátrica la pudimos ubicar en la CMA nueva, y eso ha hecho que el miedo que teníamos a que los críos ahora en el invierno tuvieran gripe o tuvieran sincicial respiratorio, nos habrían ocupado camas de UCI de adultos, como ocurre en otros inviernos. Al haber hecho esto, nos hemos, de alguna forma, olvidado de ellos, y poder trabajar con cierta tranquilidad.

Las conclusiones, si quieren, las dejo para luego. Nada, muchísimas gracias. Ya lo siento que se me haya alargado.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. Comenzamos con la intervención de los diferentes grupos. En primer lugar, tiene la palabra la señora Ibarrola, con un espacio máximo de diez minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Muchísimas gracias, doctor Tirapu. La verdad es que me congratulo de haber solicitado esta comparecencia, porque sus explicaciones han sido de una claridad extraordinaria. Resulta evidente lo difícil y agotador que han resultado estos meses. Vivencias difíciles de olvidar, fundamentalmente en lo que tiene que ver con la parte humana. Porque uno no se puede acostumbrar a vivir situaciones de tantos pacientes en situación crítica y, además, con tanta incertidumbre como había en aquel momento.

Los profesionales han sentido miedo, seguro, nos lo decían aquí, esta misma semana, representantes de médicos de Atención Primaria, impotencia, sufrimiento, sufrimiento por ver pacientes que no evolucionan bien, por los que fallecían, por agotamiento y tensión de los compañeros de alrededor. Podemos imaginar lo que supuso —solo imaginar— liderar un equipo tan imprescindible y a la vez tan tensionado.

Gracias por ello. Muchísimas gracias a usted y a todo el equipo, en el que incluimos a todas las personas, de todos los perfiles profesionales y de todos los centros públicos y privados. Es evidente que, entre todos, han garantizado una atención de calidad a los pacientes críticos, covid y no covid.



Es duro imaginar cómo los hospitales han tenido que adaptarse de forma tan abrupta para adaptar URPA, quirófanos, endoscopias como UCI, habilitar quizás otros espacios hospitalarios que en parte no se llegaron a utilizar, como nos ha dicho, para situaciones de extrema urgencia, es un paso más. Casi buscar en un hospital qué cama se puede conectar a un respirador, por decirlo de forma simplista.

En cuanto a lo que ha dicho, casi lo único, la obra de la UCI del Reina Sofía en verano la podemos entender. Lo que no pudimos entender en su momento es que, a la vez, no se hubiera puesto esa segunda UVI móvil en Tudela, que habría ayudado bastante, y se puso justo después de la obra. No tiene nada que ver con usted.

Me gustaría en la réplica, de todos modos, si puede ser, que nos explicara más el concepto de camas de críticos sin respirador, porque es un concepto que aparece en todos los informes del Ministerio, en la Información al Ministerio, información que hemos solicitado al Departamento de Salud, de la información diaria que envían no aparece en camas en ese concepto, pero quizás, a mí no me cuadraban los números, y no sé si se han considerado o no en las camas que considera el Ministerio. Si puede, me encantaría que nos pudiera clarificar después en la réplica.

En cuanto al equipamiento y el material sanitario, fue dramática en otros ámbitos de salud la falta de EPI, creo y tenemos entendido que en UCI no tuvieron problemas. Se vivieron también ciertas situaciones mediáticas de desabastecimiento de algunos fármacos. Tampoco creo que tuvieran ningún impacto en la atención sanitaria, pero lo sucedido con los respiradores, ya superado aquel momento crítico, creo que merece una profunda reflexión.

Quizás lo que nos ha contado, es decir, creo que fueron loables iniciativas de voluntarios, lo mismo que se pusieron a producir mascarillas o batas, aquellos que pusieron recursos y trabajo de forma altruista para contribuir a producir prototipos de respiradores, y con toda la buena voluntad.

Sí que agradecería que nos facilitara la visión que tienen desde cuidados intensivos del concurso de emergencia para la adquisición de trescientos respiradores que se vendió desde el Gobierno de Navarra como de extrema necesidad sanitaria en aquel momento, un proyecto que calificaron de innovador, de referente a nivel nacional, y que rápidamente se quedó desierto, porque supuestamente la situación epidemiológica ya no hacía necesarios esos respiradores. Incluso se llegó a afirmar que el objetivo no había sido la necesidad sanitaria entonces, sino apoyar a empresas navarras en ese sector industrial.

Visto de fuera, le aseguro que no hay por dónde cogerlo, pero lo que me interesa de usted, desde un punto de vista más técnico, obviamente, es si contaron con ustedes o participaron de alguna manera en la necesidad de sacar ese concurso como respuesta a las necesidades sanitarias del momento, o luego quizás, en la decisión de dejarlo desierto, porque no era la solución. La verdad es que su visión como experto nos ayudaría mucho a comprender qué parte de aquellas decisiones incoherentes nos perdimos en el camino.

Después de mucho insistir, nos trasladaron hace pocos días esos famosos respiradores turcos, que parece que no eran de larga duración, que pueden utilizarse para transporte sanitario, que

pueden ser de buena calidad, pero que no son estrictamente los respiradores habituales con los que se trabaja en una unidad de críticos en un hospital.

Creo que ahí lo que procedía era haberlo reconocido inicialmente desde el Gobierno, como hizo el Gobierno de Castilla-La Mancha, y la polémica se hubiera terminado. Ahora esta respuesta nos ha llegado nueve meses después de que nos hubieran dado la contraria. Pero la cuestión esencial, en todo caso, y usted lo ha dicho perfectamente bien, en la capacidad de camas UCI, es, sin ninguna duda, la disponibilidad de profesionales cualificados y formados, y esto no se puede multiplicar, aunque uno quiera.

Creo que merece un especial reconocimiento, aparte de todo el trabajo ingente que han hecho todas las personas que trabajan habitualmente en UCI, yo creo que especial reconocimiento merece también el personal sanitario que ha tenido que verse obligado a trabajar con pacientes críticos y que no tenía esa pericia, porque no se dedicaban a ello. El trabajo colaborativo en equipos multidisciplinares con anestesiistas, internistas, gente de digestivo, enfermeras, fisios, etcétera, ha aportado mucho, yo creo que ha aportado mejor calidad de atención al paciente, pero la tensión de esos profesionales, pues para ellos.

Un trabajo colaborativo, como digo, que ha sido positivo. Pero, insisto, la capacidad de camas UCI tenía que conllevar las tres cosas, y no se nos puede vender otra visión. La solicitud de su visión como experto en primera línea viene derivada de las incoherencias que hemos tenido en cuanto a la capacidad total, y que yo también creo que estaban un tanto fuera de lugar.

A lo largo de los meses de marzo y abril hubo constantes declaraciones públicas. Unas veces teníamos 120 camas en total como máximo, otras 120 más un 30 por ciento, que suponen 145. Un día 120, al día siguiente 145 o al revés. Solicitábamos información concreta, —que yo se lo agradezco si luego nos puede enviar la presentación— y no se nos facilitaba, y en los informes que se enviaron desde el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra al Ministerio era más desconcierto todavía: 174 camas de capacidad el 7 de mayo, 169 el 25 de mayo, 156 el 1 de junio. En octubre la Consejera de Salud dijo que eran 128, luego el Director General dijo que 86 operativas. Los informes diarios del Ministerio en septiembre se hacían sobre un total de 120 camas, en octubre sobre un total de 128, y a partir del 2 de noviembre sobre un total de 152.

Yo de verdad espero que comprenda la necesidad que hemos tenido de que usted venga para clarificarnos un poco todo esto, porque, además, incrementar ese denominador hacía que el porcentaje de ocupación de las UCI, que era el indicador crítico para la toma de decisiones, no aumentara, y creo que daba un falso mensaje a la sociedad. En respuesta a la solicitud de información reciente de las camas diarias que enviaban del departamento al Ministerio, tampoco me cuadraba, porque las cifras oscilaban entre 81 y 111. Es decir, el desconcierto, le aseguro que ha sido brutal.

Para entender la presión a la que se ha sometido a los hospitales, y en especial a los profesionales de la UCI, yo creo que basta imaginar que, si la capacidad de camas UCI en condiciones previas a la pandemia era de 61 camas en Navarra, contando, además, con los hospitales privados, cuando se llegó a 105 camas el día 5 de abril, la ocupación real ya era de un 172 por ciento, o el 9 de noviembre, con 65 pacientes covid, solo covid en la segunda ola, la capacidad no era del 43 por cien, como aparecía en esos indicadores que todos veíamos y se

publicaban, ya superaba el cien por cien, y esto sin contar los pacientes no covid, que, aunque menos, también estaban ahí.

Este mensaje no se ha trasladado a la sociedad por parte de las autoridades sanitarias. Creo que se intentó minimizar públicamente la falsa idea de que los casos en Navarra obedecían al número de PCR por habitantes, y que la presión hospitalaria era baja en los meses de verano. Minimizó el impacto real en ese momento o a futuro en las UCI, y yo creo que no ayudó a la sensibilización del ciudadano con las medidas preventivas.

Estamos convencidos de que el dato de ocupación de UCI, tan relevante en la toma de decisiones, de haberse tratado honestamente por las autoridades sanitarias durante toda la pandemia, hubiera condicionado una anticipación en la adopción de medidas que podía haber tenido una menor duración en el tiempo quizás, y conllevar menores consecuencias negativas sanitarias, sociales y económicas.

En todo caso, agradezco también al señor Artundo que haya respetado lo que pretendía ser esta sesión —estoy terminando—, conocer información técnica de primera mano. Confío en que así seguirá siendo en la réplica, porque nuestra intención no iba más allá de eso. Ocasiones antes ha tenido de sobra el Gobierno para poder haber clarificado, y seguro que tendremos más, pero yo quisiera volver a contextualizar, porque le hemos solicitado esta comparecencia.

Ha sido un placer —y ya termino— y una oportunidad contar con su conocimiento, con su experiencia, con su visión y con las explicaciones que nos ha dado, de verdad, doctor Tirapu. Muy agradecidos por toda la información de enorme interés, y de nuevo para terminar, nuestro agradecimiento y nuestra felicitación por la excelente labor dura que han tenido que realizar durante todos estos meses. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. A continuación, por parte del Grupo Parlamentario Partido Socialista de Navarra tiene la palabra su portavoz, la señora Fanlo, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchísimas gracias, señora Presidenta. Muchísimas gracias, doctor Tirapu. Gracias al Director General de Salud, señor Artundo. Creo que más datos y con mayor claridad es imposible. Tal y como usted ha expuesto, desde aquí he de decirle que en algunos momentos no hubiera querido estar en su piel, porque me imagino que la atención, las decisiones rápidas que se tuvieron que tomar en horas, lógicamente, pesaban mucho. Desde luego, darle mi más sincera enhorabuena, porque probablemente en Navarra hemos llegado al punto donde estamos gracias a su labor y, sobre todo, en esta coordinación que usted ha hecho de las UCI en Navarra. Una coordinación que, como luego diremos, y usted muy bien ha expuesto, desde luego fue brillante. No podemos decirlo de otra forma, de definirla como que fue brillante.

Seguimos inmersos en una pandemia, y quiero recordar esto, una pandemia mundial por un virus respiratorio, y que ahora mismo no existe una terapia curativa, que ya todos lo sabemos algo, salvo los corticoides, que han demostrado disminuir la mortalidad, y el soporte respiratorio. Un virus que tiene unas características devastadoras, sobre todo, como ya muy bien ha dicho el doctor Tirapu, a nivel respiratorio, que en cuestión de horas produce un deterioro respiratorio agudo, lo que se ha definido muy bien y ya dicho como un síndrome de distrés

respiratorio grave, agudo, severo, y que, como ya digo y resalto, en cuestión de horas puede acabar el paciente con una ventilación mecánica invasiva y con una intubación orotraqueal.

Además, unos pacientes que requieren de unos cuidados, una vez que ingresan en UCI, muy especiales, puesto que para su mejoría —no lo ha dicho, pero lo voy a decir yo aquí— necesitan que se les ponga en una posición de pronación, que eso requiere unos cuidados de enfermería y de auxiliares, muy importantes.

Sigo diciendo que, en cuestión de horas, un paciente que prácticamente no nota falta de aire acaba precisando un aparato para respirar, que es lo que muy bien ya ha contado el doctor Tirapu que es un respirador. Quiero recordar que, aproximadamente, entre un 10 y un 20 por cien de los pacientes requirieron ventilación mecánica en la primera ola, datos muy similares aquí en Navarra, a lo que pasaba en otras comunidades.

No voy a entrar tampoco a explicar con más detalle la cantidad de cuidados que precisan estos pacientes. Sí recordar esa pronación. Ya lo ha dicho el doctor Tirapu, dentro de los pacientes intensivos, son pacientes con unas características especiales, porque, si los días medios de estancia, ya lo ha dicho el doctor Tirapu, son ocho días, estos pacientes, algunos llegan hasta los noventa días de ingreso, con lo cual las altas son muy costosas en cuanto al esfuerzo sanitario y a la cantidad de cuidados que requieren estos pacientes.

Con esto quiero resumir la acción devastadora de este virus, y la covid es una enfermedad respiratoria grave, y por eso, cuando no existen los recursos ni humanos ni materiales necesarios, no esta Comunidad, pero sí que ha habido comunidades y centros en los que se han colapsado las plantas de UCI y las plantas de hospitalización.

Nosotros entendemos que ha habido dos acciones clave. Una ha sido una coordinación, esa figura del coordinador de UCI para Navarra, que tenemos que decirlo así, pensamos que la gestión y la coordinación ha sido brillante, como usted muy bien ha recordado, en tiempo récord, sobre todo en esta primera ola, que gracias a lo que se pasó en esa primera ola, se ha aprendido y se ha podido pasar la segunda, y estamos pasando la tercera.

Luego, otra cuestión clave es el trabajo con equipos multidisciplinares, que eso es otro de los puntos clave en la gestión de esta pandemia tanto en las unidades de intensivos como en la hospitalización convencional.

Por lo tanto, desde el Partido Socialista entendemos que a ningún navarro ni ninguna navarra le ha faltado ni le está faltando, ni le faltará ninguna cama de UCI; que Navarra está preparada y es lo que así hemos visto con esta intervención, para dar asistencia y los cuidados críticos pertinentes tanto en medios humanos, que cuenta con los profesionales sanitarios formados experimentados, que se ha formado a enfermería, como ya ha comentado el doctor Tirapu; que se ha puesto desde médicos intensivistas, anestesistas, urgenciólogos, pasando por todo el personal de enfermería cualificado y otros profesionales sanitarios en este trabajo multidisciplinar; que se ha contado con los medios materiales suficientes, ya ha dicho el doctor Tirapu que ahora mismo contamos en Navarra con un total de 191 respiradores; que Navarra ha hecho acopio de este tipo de material de primera necesidad; que Navarra también ha contado de habitáculos y puestos de UCI, que ha tenido los espacios suficientes, que han sido habilitados

en tiempo récord en cualquier momento como puestos de UCI o puesto de crítico desde las propias salas, como ya ha relato muy bien el doctor Tirapu, salas de reanimación, URPA, unidades coronarias, unidad de cuidados críticos, unidad de cuidados intermedios en centros privados, contando con los centros públicos, las camas de observación de urgencias; que ha contado también con medios digitales, como han sido los sistemas informáticos habilitados también en tiempo récord con ese sistema informático SICAP.

Tengo que recordar que, desde el mes de septiembre, además, se ha implementado una unidad de alto flujo en la quinta planta del Complejo Hospitalario, con coordinación entre neumólogos e intensivistas, para que haya una coordinación de qué pacientes finalmente pueden requerir esos ingresos en UCI, y que muchos de esos pacientes que se encuentran con oxígeno de alto flujo puedan evitar a veces los ingresos en UCI.

El Sistema Navarro de Salud tiene y ha tenido una virtud clave, que yo creo que usted ha resumido muy bien: para poder vencer las tres olas a las que nos hemos enfrentado, es la plasticidad y la capacidad de adaptación ante esta situación adversa que ha tenido gestores, profesionales sanitarios, y esa ha sido la máxima virtud del Servicio Navarro de Salud, y usted ha explicado muy bien, todos los cambios, todas las modificaciones y todas las salas que ha tenido que abrir. Es decir, la capacidad de plasticidad y de adaptación que ha tenido nuestro Sistema Navarro de Salud, que yo creo que ha sido ejemplar.

Una vez más usted, con esta exposición, nos ha demostrado que el Servicio Navarro de Salud lo hacen las personas y los profesionales sanitarios motivados, concienciados, con horas incansables, incesantes, de turnos sin parar, sin preguntar por vacaciones y sin preguntar por libranzas. Eso ha sido así.

Por lo tanto, el mensaje es claro, y usted lo ha dejado muy claro, señor Tirapu: se ha ido abriendo, y ¡ajo!, se han ido cerrando puestos y camas de críticos y de UCI conforme se requerían y conforme se necesitaban, y a ningún navarro ni navarra le ha faltado ningún puesto de UCI ni ningún puesto de críticos, y eso es lo que usted dejó claro aquí. Ni le va a faltar, porque esta Comunidad ha aprendido de la primera ola, esta Comunidad está preparada con medios materiales y humanos.

Desde luego, lo que tenemos claro es que tanto el Gobierno como esta Consejería han dado los datos claros y siguen dando todas las mañanas los datos claros de ingresos en planta convencional, ingresos en UCI, mortalidad, PCR positivas, casos positivos. En ningún momento se han escondido los datos, en ningún momento se ha escondido cuántos puestos de UCI había y cuántas camas se estaban abriendo en función de las necesidades.

Desde luego, aquí los únicos que han retorcido los datos, que han creado mensajes de alarma en la sociedad, no han sido ni este Gobierno ni esta Consejería, señora Ibarrola, lo tenemos clarísimo. Desde el Partido Socialista tenemos clarísimo de dónde han venido los mensajes de confusión y los mensajes de alarma en esta sociedad, que han sido ustedes y su grupo Navarra Suma, desde luego.

Por lo tanto, el mensaje es claro: se han ido abriendo y cerrando puestos y camas de UCI conforme se requerían. Desde luego, hay que agradecer todo el esfuerzo al personal de cuidados

críticos, tanto de intensivistas, anestelistas, urgenciólogos, enfermería, celadores, señoras de la limpieza, electromedicina, todo el personal involucrado, que se ha realizado y se sigue realizando, desde luego, y como no podía ser de otra forma, a usted, señor Tirapu, por toda la labor de gestión que ha estado realizando en esta pandemia que todavía no hemos terminado. Muchas gracias. Mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Fanlo. Continuamos con la señora Ansa, portavoz del Grupo Parlamentario de Geroa Bai, por un espacio máximo también de diez minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Eguerdi on, señorías. Gracias, doctor Tirapu. Bienvenido otra vez, señor Artundo. Ha sido muy instructiva la charla que nos ha dado el doctor Tirapu, pero sobre todo ha sido muy emocionante. El repasar casi en tiempo real lo que ha supuesto una auténtica revolución en las UCI de los diferentes hospitales de Navarra ha sido muy emocionante.

No me extraña cuando ha dicho al principio que quizá se emocionaría al recordarlo, porque ha sido capaz de transmitirnos esa emoción y esa tensión casi de película de miedo que ha sido la atención a las UCI y el montaje durante toda la pandemia. No es nada nuevo decir que la pandemia realmente ha tensionado y nos ha puesto en dificultades muy grandes, al límite de sus capacidades a la sanidad, en un escenario absolutamente cambiante, donde clínicos, científicos y políticos hemos ido de la mano en una permanente situación ensayo-error, pero en tiempo real, no en laboratorio, que siempre es más fácil, más cómoda.

Virus, vías de transmisión, sistemas de protección, posibles tratamientos, se han ido experimentando, consolidando y desechando conforme las evidencias científicas lo iban señalando. Tampoco podemos obviar las carencias y dificultades logísticas que ya existían previamente, que han ido saliendo a la luz, y que han condicionado en muchos momentos la actuación sanitaria.

El conocimiento que se ha generado en este año sobre el coronavirus y las vacunas ha sido un logro espectacular para la ciencia. El tener vacunas en menos de un año es algo que no creíamos posible hace apenas un año. Curiosamente, muchos de nosotros, incluida yo, pensábamos que iba a ser más fácil obtener un tratamiento, una terapia más o menos eficaz. Sin embargo, esto no ha sido así.

Por lo tanto, enfrentamos la infección grave de la covid con medidas de soporte vital que teníamos en las UCI, y poco más, porque esperábamos que el paciente fuese capaz de revertir su propio proceso infeccioso. Pero también las UCI han tenido protocolos cambiantes y en construcción y en revisión permanente y en consonancia con los conocimientos científicos que iban apareciendo. Es decir, hemos estado en un escenario inestable durante muchos meses, y seguimos estándolo. Los y las profesionales de la UCI se han enfrentado a la peor cara de la enfermedad, desde la inseguridad que supone desconocer un cuadro de infección, de no tener un tratamiento eficaz y específico en un escenario de progresiva saturación de las UCI, donde los enfermos, por su gravedad, necesitaban permanecer ingresados durante largos períodos de tiempo.

Las camas UCI con las que contábamos se quedaron escasas, y hubo que ampliar el concepto de espacio y camas habilitadas como UCI, aquí y en todo el Estado, aquí y en todo el mundo desarrollado. Antes de la pandemia, tanto en la red pública como privada contábamos con 61 o 62 de UCI. Este era el músculo inicial con el que partíamos, y fue el músculo que hubo que ir agrandando, generando otros espacios de tratamiento donde poder atender a los enfermos graves. Pero, no olvidemos, no eran camas exactamente de UCI, y se fueron alargando, primero 117 y luego otras más, tirando de los recursos que íbamos quitando a las operaciones quirúrgicas que se demoraron o a las endoscopias o a cualquier otro espacio.

Aquí, en Navarra, hubo un mando único sanitario que fue una respuesta rápida, pronta y acertada, que amplió el número de camas, incluidas las camas de UCI, haciendo una distribución más equilibrada de los pacientes que necesitaban una atención especializada, y pudiendo optar y dejar las camas verdaderamente de UCI para los enfermos verdaderamente graves, y poder utilizar las otras camas habilitadas con pacientes graves, pero menos graves.

Lo que no es ampliable en ningún momento y en este espacio de tiempo es el número de intensivistas, enfermeros, especialistas en intensivos, auxiliares, celadores, que se encargan habitualmente del mantenimiento del trabajo de la UCI. Hay que entender y hay que aplaudir que profesionales diversos, anestesistas, cardiólogos, cirujanos cardíacos, neumólogos, internistas, entre otros, fueron de la noche a la mañana integrándose en equipos liderados por los especialistas en intensivos, y asumiendo el trabajo de la UCI, colaborando en el tratamiento de pacientes críticos en situaciones muy graves, bajo la supervisión de intensivistas especializados, para esto hace falta estar entrenados.

Lo mismo podríamos decir de las profesiones de enfermería y del resto de los otros estamentos. Los que hemos conocido la UCI, ya sea profesional o como usuarios o como acompañantes de enfermos, sabemos del enorme trabajo de cuidados que conlleva un paciente en situación grave. Eso es algo difícil de transmitir a la población si no se ha vivido, y había que hacer formación con todos ellos, y no había tiempo, pero se hizo. Se hizo formación, la suficiente para que se pudiese hacer la enorme labor que se ha realizado, y los diversos profesionales se incorporaron en estas condiciones, y lo hicieron, y lo hicieron bien, a costa de un estrés tremendo que nunca seremos capaces de agradecer como se merece.

También la logística hubo que readaptarla y ordenarla, sobre todo para estos nuevos puestos. Los habituales de las UCI y las cámaras incorporadas necesitaban material que el doctor Tirapu ha ido describiendo, los diferentes materiales que se iban acomodando, y no hubo desabastecimiento. Aunque es cierto que hay respiradores que seguramente nos merecen menos confianza, pero, en un momento dado, se podía tirar de ellos, y eso también es importante.

No podemos olvidar que, aunque menos, pacientes no covid también los había, y también había que atenderlos. Es decir, hemos estado asistiendo a una situación realmente extrema y realmente compleja, a la que se le ha dado respuesta de una forma mucho más que satisfactoria, de una forma notable.

Yo no había entendido, realmente sigo sin entender muy bien a qué venía esta petición de comparecencia del Director de las UCI. No lo entiendo, porque me parece que contribuye a

generar desconfianza hacia unos profesionales que han tenido que hacer un trabajo en unas condiciones altamente desfavorables, y lo han hecho de una forma muy meritoria. Realmente no llego a comprender esta petición, porque la confusión que se genera en por qué han llamado, la gente en general no ha escuchado al doctor Tirapu explicar, tranquilizarnos realmente de cómo ha sido todo el proceso. No, se quedan con la idea de que el doctor Tirapu, Director de las UCI, ha sido llamado a sede parlamentaria para ver qué había pasado.

No me ha gustado. Realmente no me gusta, y no llego a comprender por qué tenemos, desde hace meses, este traer a la palestra a la Sanidad Pública y ponerla permanentemente en cuestión, haciendo un balance, absolutamente raro de que salvamos todo el rato porque decimos lo magníficos profesionales que tenemos, cómo trabajan, cómo se lo han hecho, y el desastre que está suponiendo la Sanidad Pública. No se puede mantener esas dos afirmaciones en el mismo plano. No se pueden mantener. Yo admito que hemos cometido muchos errores en la Sanidad Pública, que realmente tenemos lagunas sin abordar, que habrá que hacerlo. Pero creo que la Sanidad Pública no se merece que en ningún momento la pongamos en tela de juicio como estamos permanentemente haciendo.

Pero, dicho todo esto, me alegro de que haya venido, doctor Tirapu. Me alegro de verdad de que haya venido, porque ha sido absolutamente esclarecedor, y la información ha sido magnífica. Señor Tirapu, a usted, como Director de las UCI durante la pandemia, pero, por favor, hágalo extensivo a todos los y las profesionales de cuidados intensivos, a todas las personas que se han ido incorporando de una u otra forma a estos equipos multidisciplinares que han atendido a los enfermos graves de covid, a todo el personal de enfermería, auxiliar, celadores, es decir, a todos ellos decirles que tienen nuestro más absoluto respeto, nuestro reconocimiento incondicional y nuestro infinito agradecimiento. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ansa. Para finalizar el turno de las diferentes intervenciones, tiene la palabra por parte del Grupo Parlamentario EH Bildu su portavoz, el señor González, por un espacio máximo de diez minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, mahaiburu andrea. Arratsalde on guztioi. Buenas tardes a todos y a todas. Me siento muy parecido a lo que estaba comentando ahora la doctora Ansa. Yo quería empezar mi intervención pidiendo perdón al doctor Tirapu por tener que venir al Parlamento a dar una información que nos la tienen que dar los políticos y las políticas, no nos la tienen que dar los funcionarios ni los trabajadores de la Sanidad Pública.

Desgraciadamente, y es cierto, y nos hemos quejado a nivel particular, a veces, de la dificultad para conseguir información, que, por parte del departamento, conocedores del agobio y de la carga de trabajo que manejaban, les costaba y les sigue costando transmitirnos. Nos quejamos y nos seguiremos quejando de que nos faltan datos, porque queremos conocerlos y porque creemos que es justo conocerlos. Pero, viviendo la situación que estamos viviendo, con esta pandemia, con las cargas de trabajo todavía que existen en la Sanidad Pública, con la angustia con la que se sigue viviendo, con los riesgos con los que se sigue viviendo, tener que hacerle venir al Parlamento no me parece lo más justo.

Por lo único que me parece que es interesante es por poder darle las gracias directamente a usted y a todas las personas que de usted dependen por el trabajo que han realizado hasta ahora



y por el trabajo que tendrán que seguir realizando a partir de ahora. Es lo único que me parece interesante de esta sesión.

El resto, creo que políticamente tenemos las herramientas suficientes como para exigirle al departamento explicaciones, para echarle en cara las equivocaciones que han tenido, que las han tenido, y muchas, desde el Ministerio, cuando decidió centralizar la compra de material, y que nos dejó a las comunidades autónomas bastante desvalidas, además de que le encargó la responsabilidad al Ingesa, un organismo que no estaba preparado, cuando había comunidades autónomas que tienen experiencia, y yo solo con ver la estructura que tiene la Junta de Andalucía, lo que es el Servicio Andaluz de Salud, de compras y de manejar ese tipo de necesidades, y que se las intentaría acaparar el Ministerio, me pareció una locura. Pero lo hicieron, metieron la pata. Yo creo que lo reconocieron ellos mismos.

Ahora es candidato en Cataluña a Presidente de la Generalitat. Espero que lo haga mejor, desde luego, pero me parece que lo hizo bastante mal en sus inicios. Luego ha enderezado la situación, y algunas cosas han mejorado.

A mí, hay algunas cosas que me han llegado del trabajo que han realizado y de cómo lo han realizado, y cómo se les está reconociendo, que tenía dudas. No sé si se habrán corregido, pero todas esas jornadas extraordinarias que ha tenido que desarrollar todo el personal de la UCI y de los servicios de apoyo, unas veces se les estaba retribuyendo como complemento de covid, otras veces se pagaba como guardia. Yo he hablado con varios anestesiólogos, y a veces se enfadaban porque el esfuerzo que han desarrollado durante estos meses no se paga con dinero, pero sí que me parece que es una muestra de reconocimiento el que, a todo el mundo, a todas las personas que han estado dejándose ahí la piel, se les reconozca ese trabajo de la misma forma, y creo que ahí se ha equivocado el departamento a la hora de implementar las distintas medidas para pagar esa actividad.

Luego me preocupa también de aquí en adelante, qué recursos y qué necesidades van a seguir teniendo. Porque yo igual peco de ser un poco pesimista, pero pienso que todavía nos queda pandemia para muchos meses, probablemente para más que meses. Entonces, sí que nos gustaría conocer de su mano un poco las herramientas y los recursos que necesitaría para garantizar un trabajo más cómodo y más eficaz, si es posible, que el que hasta ahora han estado desarrollando.

Me parece que hay que intentar mirar al futuro, ver qué necesitamos, qué podemos mejorar, cómo podemos ayudar al coordinador de las UCI, pero, sobre todo, al Servicio Navarro de Salud, para mejorar la asistencia que da la población, y poco más.

Quiero recordar que todavía hay mucha carga emocional, que todavía hay muchísimos profesionales que están viviendo unas situaciones de muchísima tensión, y que, de alguna forma, deberíamos de intentar suavizarla o aliviarla, y ahí creo que desde este Parlamento se podría hacer alguna cosa.

Llamar también la atención, que para mí es evidente, que muchos años de infradotación presupuestaria de lo que es el Departamento de Salud nos han llevado a tener unas condiciones, unas instalaciones un poco precarias, y que este covid creo que las ha dejado bastante en

evidencia, no solo las de cuidados intensivos, sino hospitalización y otros equipamientos, que creo que deberíamos de plantearnos renovar y reforzar.

Lo mismo que la situación del personal, con un 60 por ciento de temporalidad, y que también deberíamos de darles certezas y garantías de que su profesión, la que tanta angustia le está generando, tiene futuro, y tiene un futuro en la Sanidad Pública Navarra en condiciones dignas.

Nada más. Quiero agradecerle, desde luego, de nuevo todo el trabajo que han desarrollado entre todos, y mostrarles nuestra disposición para apoyar en lo que sea necesario.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor González. Ante la ausencia de los representantes de la Agrupación de Parlamentarios de Podemos Ahal Dugu y del Grupo Mixto-Izquierda-Ezkerra, si les parece, antes de darle la palabra al señor Tirapu haremos un receso de cinco minutos, y retomaremos la sesión. Por lo tanto, se suspende la sesión.

(Se suspende la sesión a las 13 horas y 48 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 13 horas y 56 minutos).

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Reanudamos la sesión, para ello damos la palabra al señor Tirapu para su turno de réplica por un espacio máximo de diez minutos.

SR. COORDINADOR EJECUTIVO DE UCI DE HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS DE NAVARRA (Sr. Tirapu León): Primero, gracias a todos. Trasladaré lo que me han comentado y los agradecimientos de cada uno de ustedes a mis compañeros.

Primero, atendiendo un poco a lo que me comentaba la señora Ibarrola con respecto a las UCI sin respiradores, algo que es un concepto que yo no conozco mucho, pero me imagino que se referirá a lo que se definen como gamas de intermedios, que creo que es lo que mueve un poco el tema de las cifras. En particular, creo que se refiere a las camas que yo interpreto que son de cuidados intermedios en el Complejo.

En este caso, y además yo creo que son los datos, eso el señor Artundo igual lo sabe mejor que yo, el Ministerio maneja las camas, por ejemplo, la unidad coronaria, que no es exactamente unidad de intensivos, aunque sí pueden llegar a tener un paciente ventilado. La unidad de ictus que tiene el Complejo Hospitalario de Navarra, que son también ocho camas, y que, desde luego, nunca tendrían un paciente ni lejos casi ni con terapia de alto flujo.

Sí que es verdad que luego al Ministerio le llega información de las privadas, diferente de lo que tenemos nosotros. Entonces, yo creo que se refiere fundamentalmente a las camas sin respirador, y eso, en particular, enlazando un poco cuando habla de 128, sobre todo en esta segunda ola, es lo que llevado a que hubiese problemas en el tanto por ciento de pacientes críticos, y que yo con el señor Artundo, fundamentalmente durante esta segunda ola, lo he hablado cada día, porque esa es la diferencia fundamentalmente. Obviamente, si el denominador y el numerador es uno, las cosas cambian. De ahí que, yo me imagino que todos lo saben, hemos llegado a un acuerdo intensivos y el departamento en que dejemos de hablar de tanto por ciento de camas de UCI, porque no va a ningún sitio, porque es un lío, y que hablemos de camas de UCI ocupadas cada día.

Hemos llegado a un acuerdo con los diferentes parámetros que se utilizan para tomar decisiones en la Comunidad, cierre de bares, etcétera, en que, fundamentalmente, si llegamos a tener 25-30 camas de UCI ya ocupadas, por la experiencia que vamos cogiendo, fundamentalmente de la segunda ola, cuando lleguemos a 25-30 camas hay que tomar decisiones, y hay que tomar decisiones porque, probablemente, si lo hacemos así, nos vamos a adelantar y vamos a evitar tiempos prolongados de cierre de bares, y creo que puede ayudar a que la economía funcione.

Es decir, que eso de los tantos por ciento, que, además, en general es un lío, porque ya les digo que el Ministerio tiene los datos y las camas estas, que llama usted sin respirador, ha dado lugar, como usted bien ha dicho, a problemas de números que, de verdad que, dentro de lo que es el personal de cuidados intensivos, genera cierto malestar, y que no es necesario, porque, al final, ya sabemos lo que tenemos, y adelante con los faroles.

Pero eso sí que es verdad que vamos a intentar no hablar de tanto por ciento de camas de UCI, y vamos a intentar hablar de camas de UCI total. Sabemos, ya hemos aprendido, que, si en cuidados intensivos tenemos 25 o 30 pacientes, y en la Comunidad tenemos más de 250 por 100.000 o más de 120 por 100.000, y tenemos una tasa de positividad muy elevada, seguro que en dos o tres semanas vamos a estar casi con el doble de camas de UCI. Por tanto, paremos la actividad e intentemos aguantar, que es un poco lo que se ha hecho en esta tercera.

Me comentaba el tema de escasez de fármacos. Yo sí que, porque no lo he puesto en la guía, hay muchas cosas que se me han quedado en la gatera. Nosotros en cuidados intensivos del Complejo tenemos un farmacéutico en plantilla que trabaja con nosotros y pasa visita desde hace tres años. Empezamos con una beca, y visto lo visto, porque fundamentalmente conseguimos ahorro de dinero, lo tenemos en plantilla. Desde luego, nos ayudó muchísimo cuando lo que dice la señora Ibarrola, porque hubo momentos, sobre todo cuando hablamos de sedación, relajación, porque estos pacientes se comían la sedación y la relajación, a sustituir fármacos, a cambiarlos, a intentar sustituirlos para que llegaran los nuevos, cosas de ese tipo. Sí los hubo, es verdad que en un montón de fármacos que utilizamos en la primera ola luego no los hemos utilizado la segunda, porque luego se demostró científicamente que no servían para mucho, no hacían mal, pero tampoco servían para muchas cosas. Así que el tema de los fármacos lo gestionamos, y ayudó muchísimo tener un farmacéutico en la unidad de cuidados intensivos. En estos momentos está en las dos secciones un farmacéutico trabajando con nosotros. Depende fundamentalmente de Farmacia, pero cada pase de visita lo hace con nosotros cada mañana.

(RISAS). Con respecto... Me entra la risa porque estoy hablando de lo de los trescientos respiradores. Porque sí que es verdad que fue loable, desde luego, a mí me pareció, que hubiera un montón de empresas que se pusieron locas por preparar un respirador, pero, claro, para que ustedes sepan de intensivo, no sé si sé, pero de respiradores, es lo que me he dedicado casi toda la vida, y eso sí, miren, yo pensaba que saber de respiradores no servía para nada en esta vida, más que para lo mío. Ahora me doy cuenta que, para esta movida sí que ha servido, fundamentalmente porque en esta movida estaba yo un poco de responsable, y me tocó que me llamaran un montón de empresas.

Estuve en empresas intentando asesorarlas, pero es muy difícil, en quince días, montar un respirador de verdad. Un respirador necesita tres características que son claras: que sea seguro;

que sea confortable, es decir, que el paciente que está intubado y ventilado de alguna forma se sienta bien con él; y tercero, que tenga modalidades que ayuden a retirarlo lo antes posible, porque los respiradores no curan nada, los respiradores lo que hacen es salvarte la vida un momento mientras te curan los fármacos.

Claro, esas tres condiciones, hacerlo en quince días, cuando lo que hay en el mercado es una barbaridad de calidad, era difícil. Pero de verdad que el entusiasmo, yo me acuerdo, no voy a decir nombres, pero estuve con ingenieros de diferentes empresas navarras que querían hacer un respirador navarro. Cuando les decía yo exactamente lo que tenían que hacer, era complejo, y ahí se quedó aquello. Sí, ahí se quedó aquello.

Desde luego, lo que algunos diseñaron era difícil de ponerlo en práctica, teniendo lo que yo tenía. Aun poniendo lo más justito que yo tenía, siempre era mejor que lo que ellos me daban como opción. Desde luego, intentar hacer un respirador navarro estaría muy bien, pero competir con lo que hay en estos momentos en el mercado es complejo. Creo que hace falta un montón de dinero, fundamentalmente, para poder hacer una cosa razonable. Pero, desde luego, era una pasada la cantidad de gente que me llamó para intentar, ingenieros de aquí, de Navarra, y del resto de España.

Por eso, señor González, creo que Ingresa hizo el proyecto con Hersill, que es una empresa española, y aquellos respiradores que nos fueron llegando ya tarde, esos 109, eran mejores que cualquier otra cosa que podíamos haber hecho en quince días. Al final no suman esos respiradores, seguramente que se utilicen para críticos, pero yo espero darles un buen uso, por lo menos, ya que han llegado, darles un buen uso para los ciudadanos navarros.

Con respecto a las camas de UCI, el tanto por ciento y todas esas cosas, y a lo que hubiésemos podido llegar en la primera, en la segunda. Yo, si les digo la verdad, cuando estuve en esta movida en la primera, y oía los números que se decían por un lado y por el otro, de verdad que no tenía mucha... Lo que yo hacía fundamentalmente cada día es reunirme con la enfermería e intentar montar los puestos de UCI que fuese necesario, según me iba llegando.

¿Hasta dónde habríamos podido llegar? Tampoco le di mayores vueltas. Llegué a lo que tenía que llegar. Es más, en algún tiempo gracias a Dios me sobraron algunas camas de críticos, no de UCI, para atender a toda la ciudadanía navarra. Pero sí es verdad que yo atendía fundamentalmente a lo que me decía la universidad, a lo que podía llegar, y eso es lo que íbamos montando. Así que llegué a lo que tenía que llegar.

La incertidumbre nos mató. Si a mí me hubiesen dicho: «Tienes que montar 140, 150», no sé lo que habría hecho. Me imagino que algo habría hecho, no sé cada día habría conseguido personal, pero yo iba montando casi cada día. Si no cada día, cada semana, sabiendo un poco lo que nos venía. Así que, con respecto a las camas de UCI, no sé si el señor Artundo quiere decir algo, pero así es como funcionamos.

En esta segunda ola sí que es verdad que hemos tenido las cosas más controladas, y, desde luego, también en la tercera. Creo que hemos aprendido exactamente qué es lo que tenemos que hacer, porque los que salvamos la papeleta en esta movida no somos los intensivistas. Lo ideal es que no vengan los pacientes a cuidados intensivos, podamos atender a la gente no covid,

podamos atender el politrauma que se pegan un castañazo, todas esas cosas, y lo ideal es que seamos lo suficientemente listos a la hora de cortar las cosas en la Comunidad, porque sabemos claramente qué es lo que va a pasar en cuanto hay más de... Yo sabía lo que iba a pasar en octubre, cuando teníamos mil y pico por 100.000, decíamos: «Esto va a ser la locura», y fue.

Esta vez ha ocurrido que no ha sido la locura, ha sido otra cosa, ha sido diferente. Nos ha pillado cansados. Obviamente, los profesionales estamos de otra forma, ha pasado un año, pero en cantidad, en número de pacientes, las cosas han sido algo más contenidas en esta tercera. De eso no he hablado, porque me imagino que ya hablaré en otro tiempo.

De todas formas, gracias por lo de brillante. Yo brillante no soy. Fundamentalmente, brillantes son mis compañeros. Yo bastante he hecho, después de ser recién jefe de servicio en la UCI con coordinar esto sin que me hunda. Desde luego, bueno, me voy a callar, gracias de todas formas, pero los brillantes son mis compañeros. Señora Ansa, también a usted muchísimas gracias también por el agradecimiento, lo haré extensible a las personas de cuidados intensivos, porque, de verdad, ellos son los que se lo merecen.

Con respecto a algunas cuestiones que me ha preguntado el señor González, sí que es verdad que, en estos momentos, obviamente, yo creo que, una vez que hemos acordado en las reuniones que me imagino que el señor Artundo les habrá dicho, tenemos fundamentalmente el grupo covid, en el que estamos representantes de casi todos los ámbitos de la sanidad y de todo tipo, hemos llegado a unos acuerdos que creo que son interesantes a nivel nacional.

De alguna forma, los hemos reconvertido un poco a nuestra idiosincrasia, por ejemplo, cama de UCI. En el resto de comunidades autónomas se habla de que entre un 25 y un 30 por ciento de camas UCI ocupadas. Pónganse ustedes las pilas, porque les llega lo que les llega. Nosotros sí que hemos acordado que vamos a dejar de hablar de tantos por cientos, porque probablemente no nos vamos a poner de acuerdo nunca. Vamos a hablar de camas de UCI que están ocupadas.

Esto lo hemos utilizado en esta tercera, y creo que nos ha ido — el señor Artundo le dirá— bastante mejor que en la segunda, desde luego, pero porque hemos aprendido también. De la primera, obviamente, aquello fue una locura. De la segunda creo que hemos aprendido mucho más que de la primera, porque la primera fue una cosa de locura.

En estos momentos, con respecto a lo que son las camas de UCI, está todo todavía abierto. Es decir, cuando pasó la primera a la segunda cerramos todo, pensábamos que las cosas podían venir mucho más livianas. Vimos que no, y ahora que hemos visto lo que ha ocurrido, de momento, en estos momentos tenemos bastantes cosas abiertas, ya iremos viendo cómo vamos cerrándolas para poder aumentar la actividad quirúrgica o aumentar la actividad de endoscopias. El tema del cáncer de colon, etcétera, hay que retomarlo. Cosas de ese tipo.

Pero yo creo que, en estos momentos, el tema lo tenemos más aprendido. No sé si más controlado, pero, desde luego, más aprendido, y sabiendo lo que tenemos que hacer, yo creo que en cada momento. Me da miedo decir estas cosas, porque al final luego te asustas, luego tienes un brote por ahí y no sabes exactamente cómo. Pero yo le diría, señor González, que en estos momentos las cosas las tenemos más controladas y más aprendidas.

Esperemos que la cuarta que tengamos, que no sé cuándo será, sea más pequeña todavía que la tercera, porque hemos sido capaces de saber hacer las cosas y, desde luego, yo siempre me acuerdo de la gente de la calle, la gente tiene que comer, tiene que gastar, tiene que abrir los bares, y tenemos que mover esto. Pero está claro que, desde luego, cuando salimos a la calle, la liamos. No sé si se me olvida alguna... No sé, el señor Artundo, si quiere decir algo.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): En un minuto. Nos hemos pasado ya de tiempo. Un minuto, si quiere decir...

SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD DE NAVARRA (Sr. Artundo Purroy): Muchas gracias. Eskerrak aunitz en euskera navarro. Simplemente agradecer también al doctor Tirapu y, en su nombre, a todos los profesionales. Además, lo digo con la sinceridad y la emoción de no decirlo solamente en sede parlamentaria, sino sabe Juanpe Tirapu que hemos hablado muchísimas veces, espero que sigamos hablando en privado, siempre que ha hecho falta, en momentos más duros, en momentos normales, en momentos menos duros, y que lo decimos de corazón el agradecimiento.

Lo ha explicado muy bien el doctor Tirapu, es decir, de alguna manera, los posibles errores en la interpretación, o por qué hay cifras diferentes, no tiene nada que ver con la mentira, con la ocultación o nada por el estilo. Tiene que ver con que los porcentajes son un numerador y un denominador. En la medida en que el denominador ha ido cambiando a lo largo del tiempo, porque, lógicamente, se han ido ampliando el número de camas de críticos según la definición del Ministerio, que hablaba de camas de críticos operativas en un máximo de cinco días, pudiendo estar operativas en un máximo de cinco días, aquí, como en todas las comunidades autónomas, se ha cambiado ese denominador y, por tanto, el porcentaje cambia, y esa es la explicación sencilla, sin que haya que buscar ninguna otra explicación que no se corresponde con la realidad.

Lo ha mencionado el doctor Tirapu. Creo que, afortunadamente, en Navarra hemos llegado al margen del criterio que se hace administrativo de porcentajes que se hace con el Ministerio, llegar, y creo que ha sido solamente en esta Comunidad, a una cosa que tiene mucho más sentido, que es hablar de números absolutos, de camas en intensivos ocupadas por enfermo covid.

Entonces, ahí no hay engaño, no hay posibilidad de discusión, no hay posibilidad de interpretación de ningún tipo, porque eso es lo que hay. Son los enfermos covid que en un momento determinado están en las unidades de cuidados intensivos/críticos. Creo que esa es una buena idea, una buena solución, y que nos ha permitido, efectivamente, como decía el doctor Tirapu, que ya a partir de eso, creo recordar que fue a la vuelta del verano cuando lo acordamos, no ha habido más posibilidades de interpretación o de discusión, sino que estamos hablando de un número absoluto, y eso es lo que hay cada día en Navarra. Me felicito porque eso sea así.

Respecto a los agradecimientos, me van a permitir —y termino— que yo reivindique, dentro de todo ese conjunto de profesionales a los que no les debemos más que reconocimiento, agradecimiento y, además, muy sincero, el que incluya también a mandos intermedios, a jefes de unidad, a directivos y a gestores. Porque me consta que, en relación con los intensivos, hay

personas de este nivel, también directivo, que se han estado partiendo la cara, y bien lo conocen los intensivistas, y que creo que es justo meterles cuando hacemos el reconocimiento a todos los profesionales de primera línea, los profesionales clínicos directamente de atención al paciente. Eso me permitiría.

Con esto termino. Efectivamente, esto es una cuestión de aprender, y creo que ganaremos si realmente, con una actitud humilde e inteligente, vamos aprendiendo. Lo decía también el doctor Tirapu, esta tercera, afortunadamente, no ha tenido nada que ver con la segunda, como veremos cuando se evalúe, y veremos los datos en términos de fallecimientos, de ocupación UCI, de hospitalizaciones, por tanto, de impacto a todos los niveles, e incluso también el impacto económico, no ha tenido nada que ver, afortunadamente, en Navarra, ni con la segunda ni con la primera.

Yo animaría: sigamos aprendiendo; y, por tanto, esa cuarta, que ojalá, señor Tirapu, sea también muy pequeña, sea mucho más pequeña si tiene que venir, y si la podemos prevenir, muchísimo mejor, etcétera.

Y si se me permite, un último apunte: No hagamos, como en otros lugares, un reñidero de la discusión con respecto a temas que tienen que ver con la pandemia. Repetiré algo que, quiero decir, que me parece que siempre tenemos que tener en cuenta, yo animo a todos los grupos a que realmente aquí, en Navarra, lo hagamos. Hacer política partidaria de la pandemia y de la gestión de la pandemia es directamente obsceno. Entonces, aprendamos, por favor, desde todos los lugares, y reconozcamos de alguna manera ese regalo a nuestra sociedad, que, además, lo está pidiendo y lo está exigiendo. Mila esker. Eskerrak aunitz.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor Artundo. Quiero despedir tanto al señor Tirapu como al señor Artundo, darles de nuevo las gracias por su presencia hoy en esta Comisión, y habernos dado tanta información tan exhaustiva. Ahora sí, sin más asuntos que tratar, deseándoles que pasen un feliz fin de semana, se levanta la sesión. Muchas gracias.

(Se levanta la sesión a las 14 horas y 15 minutos).