



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

X Legislatura

Pamplona, 11 de mayo de 2021

NÚM. 35

TRANSCRIPCIÓN LITERAL

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.^ª NURIA MEDINA SANTOS

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 11 DE MAYO DE 2021

ORDEN DEL DÍA

— Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a la implementación de un programa poblacional de detección precoz de cáncer de cuello uterino y a implementar un plan que recupere el abandono de los programas de detección precoz de cáncer de mama y cáncer de colon durante la pandemia, presentada por la Ilma. Sra. D.^ª Cristina Ibarrola Guillén.

— Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a incluir colectivos de riesgo en los grupos prioritarios de vacunación, presentada por la Ilma. Sra. D.^ª Cristina Ibarrola Guillén.

(Comisión transcrita por la UTE Naturalvox-MondragonLingua)

(Comienza la sesión a las 15 horas y 18 minutos).

Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a la implementación de un programa poblacional de detección precoz de cáncer de cuello uterino y a implementar un plan que recupere el abandono de los programas de detección precoz de cáncer de mama y cáncer de colon durante la pandemia, presentada por la Ilma. Sra. D. ^a Cristina Ibarrola Guillén.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Buenas tardes a todos y a todas, también a los compañeros y compañeras que nos siguen por vía telemática. Damos comienzo a la Comisión de Salud con dos puntos en el orden del día. El primero: Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a la implementación de un programa poblacional de detección precoz de cáncer de cuello uterino y a implementar un paquete que recupere el abandono de los programas de detección precoz de cáncer de mama y cáncer de colon durante la pandemia.

Esta moción ha sido presentada por el Grupo Parlamentario Navarra Suma, por lo tanto, tiene la palabra para su defensa la señora Ibarrola Guillén, por un espacio máximo de quince minutos.

SRA IBARROLA GUILLÉN: Muchísimas gracias, Presidenta, buenas tardes a todas y a todos. La innovación en tratamientos del cáncer, la medicina de precisión y los programas de detección precoz constituyen un cambio de paradigma en el aumento de la supervivencia por cáncer. No obstante, hoy el cáncer sigue siendo la causa más frecuente de mortalidad en España, también en Navarra. Y el aumento progresivo de la expectativa de vida condiciona que a corto-medio plazo el cáncer continúe siendo uno de los mayores problemas de salud.

Un problema que tiene que ser prioritario para los sistemas sanitarios. Además, por su alto impacto en la mortalidad prematura, también por un impacto importante en la calidad de vida o en la pérdida de autonomía de muchas personas. Las medidas más coste efectivas contra el cáncer son, sin duda, la prevención y la detección precoz. Y sin olvidar que el tabaquismo es la mayor causa de mortalidad evitable, mucha de ella por el cáncer, hoy me voy a centrar en los programas de detección precoz.

Actualmente son tres los recomendados por la evidencia científica actual y Navarra ha sido referente a nivel nacional en los programas de detección precoz de cáncer de mama y cáncer de colon. Pero el retraso en implantar el cribado poblacional de cáncer de cuello uterino, que ya han incorporado otras comunidades. Y el mayor impacto sufrido por la paralización de los programas de detección de cáncer de mama y de cáncer de colon en la Comunidad Foral, hace que estemos en una peor situación actualmente respecto a otras regiones españolas.

El primer programa en implantarse fue el de cáncer de mama, allá por el año 1990. Programa en el que Navarra fue pionera, programa que consiguió tener unas coberturas de las mayores de España y de Europa, así como una clara efectividad en reducir la mortalidad por este tipo de cáncer. Un programa en el que en Navarra nos hemos sentido orgullosos durante treinta años.

No ha habido ni una sola voz en contra de la decisión que se tomó en su día por parte del Gobierno de Navarra para continuar con este programa entre los cuarenta y cinco y los sesenta y nueve años. A pesar de la revisión que hizo el grupo técnico de trabajo de expertos en el

Ministerio, con participación de todas las comunidades que recomendó en junio del 2013 este programa entre los cincuenta y los sesenta y nueve años, lo mismo que hizo la Agencia Canaria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Así se formalizó en la entrada en vigor en cartera básica en octubre de 2014. Una decisión que avaló y continuó exactamente igual en el Gobierno de Uxue Barcos y ahora en el actual Gobierno de María Chivite.

Durante los seis primeros meses de pandemia, la actividad de este programa se redujo en un 80 por ciento comparado con el año anterior. Aunque ya hace meses que se reanudó, no se ha recuperado todavía la actividad previa a la pandemia. Queda, por tanto, recuperar toda la actividad de los meses en los que el programa ha estado abandonado, así como a la actividad de estos meses, que no está siendo del cien por cien.

Con relación al programa de cribado de cáncer colorrectal, se incluyó también en cartera básica en octubre de 2014, siguiendo las mismas recomendaciones de este grupo de expertos de junio del 2013. Y se dio un margen a las Comunidades Autónomas de cinco años para incorporar la cartera básica, y de diez años para una cobertura del cien por cien de la población diana. Navarra, con un enorme esfuerzo organizativo y económico, tras un piloto realizado en 2012, implementó en 2013 un programa que también ha sido pionero. Justo lo hizo en el peor momento de la crisis económica.

Un programa del que también nos hemos sentido orgullosos desde entonces, y que alcanzó lo mismo que el de cáncer de mama, una de las mayores coberturas en España y en Europa. Todo un éxito. El cribado de cáncer colorrectal reduce la mortalidad entre un 16 y un 33 por ciento, y además reduce la incidencia al detectar y extirpar pólipos premalignos, evitando nuevos cánceres. La supervivencia detectada de forma tardía no supera el 50 por ciento, frente a supervivencia con los programas de detección precoz, de un 90 por ciento.

Durante los cien primeros días de pandemia tenemos un estudio del Complejo Hospitalario de Navarra que nos alerta de que casi el 50 por ciento de los cánceres de colon no se diagnosticaron durante este tiempo. Los cánceres que se diagnosticaban en los servicios de urgencia fueran de un 12 por ciento frente a un 3,6 por ciento el año previo, y aquellos que se diagnosticaban ya con metástasis en el momento del diagnóstico suponían un 22 por ciento frente a un 14 por ciento el año anterior. Con datos del Departamento de Salud de todo el año 2020, se han dejado de diagnosticar en Navarra 90 casos de cáncer de colon y al menos 1.700 casos de pólipos.

Un programa que ha permanecido completamente parado durante un año, algo que ha ocurrido solamente en Castilla La Mancha y Navarra. Todas las demás comunidades lo reanudaron antes. Así que, al reiniciar este programa desde el pasado 8 de marzo y a un ritmo todavía menor del previo a la pandemia, quedan por recuperar las más de 60.000 personas que tenían que haberse incluido durante todo este año, además de lo que se está dejando de contactar por un ritmo menor durante estos meses.

Por último, en cuanto al cribado de cáncer de cuello uterino, desde hace cincuenta años, se viene realizando un cribado oportunista con citologías cada tres o cinco años. En 2018, un grupo de expertos creado por el Ministerio, también en coordinación con las comunidades, aprobó la actualización de un nuevo programa con base en nueva evidencia. Programa que se incorporó en cartera básica en febrero de 2020, dando un margen, esta vez también de cinco años para su

incorporación obligatoria, como ocurrió en su día en el 2014 con el programa de cáncer de colon. Pero, así como entonces Navarra para cuando entró en vigor la cartera básica del programa de detección de cáncer de colon ya lo había implementado, ahora, un año después, todavía no se ha iniciado.

El cambio supone pasar de un programa oportunista con citología a pasar a un programa poblacional organizado, que incorpora además una nueva prueba, que es la detección de VPH en determinados rangos de edad. Entre los veinticinco y los treinta y cuatro años. Se quedaría con una citología cada tres años, y a partir de esa edad, hasta los sesenta y cinco, con una prueba de detección del virus de VPH que, si es negativa se repite cada cinco años y si es positiva se realiza una citología.

La realidad es que el nuevo programa poblacional no se ha implementado todavía. A pesar de haberse anunciado en varias ocasiones ya por el Gobierno anterior para implementarlo en 2020. No ha sido una realidad en Navarra, pero sí en otras comunidades. En el 2018 se inició en País Vasco, en La Rioja, en Castilla La Mancha; en el 19 lo empezó Galicia; justo antes de la pandemia Castilla y León.

El cribado poblacional sabemos que ahorra costes y que mejora la equidad, porque también hay un gradiente social en el que mujeres de clase media-alta tienen una cobertura de citologías del 90 por ciento, frente a un 70 por ciento en mujeres de clase media-baja. Lo dice la Encuesta Nacional de Salud de España de 2017. La pandemia ha producido que no se incorpore este programa poblacional en 2020.

Además, durante los seis primeros meses, tras el estado de alarma, se redujo la actividad del cribado oportunista a la mitad. Es un programa que ya debería haber estado implementado, como decía, se anunció varias veces por el Gobierno y además se dijo que se estaba trabajando en la implementación desde 2017. ¿Por qué seguir con esta inequidad respecto a otras comunidades que ya lo han implementado y además las tenemos bien cerca? ¿Por qué no priorizar e incorporar cuanto antes este programa poblacional en nuestra Comunidad?

A mí me tocó directamente impulsar la implantación del programa de cribado de cáncer de colon. Sé perfectamente la complejidad que entraña, quizás la mayor de todos los privados. Y si realmente se está trabajando en la implantación del de cérvix desde 2017, no sé si alguno de ustedes me puede explicar qué se ha hecho exactamente y qué es lo que falta para implementarlo, porque me cuesta entender que no esté todo preparado.

Además del abandono de los programas de cribado, es importante resaltar que durante esta larga ya pandemia, desde el Servicio Navarro de Salud no se han garantizado los circuitos de sospecha fundada de cáncer. Hoy todavía no se están garantizando. De hecho, el documento que acaba de realizar el Departamento de Salud de actualización de ese famoso Plan de Atención Primaria tan criticado por carecer de todos los elementos que debe tener un plan, vuelve a fijar como objetivo la recuperación de estos circuitos de sospecha fundada de cáncer. Y esto un año después parece tremendo.

Son circuitos que se implantaron en Navarra en 2003, hace dieciocho años. Y los conozco bien, porque yo formaba parte del grupo técnico que los elaboró. Circuitos que garantizaban que,

ante signos y síntomas con sospecha de cáncer, el diagnóstico no se retrasaba más de quince días y el tratamiento después de la confirmación diagnóstica tampoco más de otros quince días.

Todo el mundo entiende que la pandemia tensiona los sistemas de salud y tiene un impacto en los tiempos de espera. Pero lo que no se entiende es que después de la primera ola, el Gobierno de Navarra no haya sido capaz de garantizar la atención a procesos potencialmente graves o con un daño irreversible, como puede ser el cáncer. Por mucho incordio que produzca a personas que lo sufren, es comprensible y justificable un incremento de tiempos de espera en procesos banales. Pero no es comprensible ni justificable que haya retrasos en el diagnóstico o el tratamiento del cáncer. Que se estén diagnosticando en fases avanzadas por no haber priorizado los circuitos de atención de lo importante. Y eso sigue ocurriendo hoy en Navarra.

Es injustificable que se estén realizando peonadas diarias para sacar lista de espera de procesos banales, sin que estemos garantizando antes los circuitos de sospecha fundada de cáncer, algo que está ocurriendo hoy. Y no lo digo yo, lo dice hasta el propio Departamento de Salud en ese documento. La realidad es que Navarra, que fue pionera y referente desde hace casi veinte años en garantizar a los ciudadanos circuitos rápidos de sospecha fundada de cáncer, para confirmar o descartar un cáncer en un plazo máximo de quince días, así como para empezar el tratamiento en casos confirmados, también en un plazo máximo de quince días, que también ha sido durante muchos años pionera y referente en programas de detección precoz de cáncer, hoy, con este Gobierno, se ha quedado atrás.

No han sabido priorizar y garantizar lo importante en salud y entendemos que hay que ponerle remedio lo antes posible. La pandemia, como digo, ha tensionando todos los sistemas sanitarios y ha impactado en problemas de salud no covid, problemas en salud cuyas consecuencias vamos a ver a lo largo de muchos años. No pretendemos que el sistema sanitario funcione como si esto no hubiera ocurrido, es imposible. Pero precisamente por ello toca más que nunca priorizar y garantizar la atención a procesos graves o cuyo daño es irreversible. Toca priorizar, entre otros, la detección precoz, la atención al cáncer.

Lo hemos hecho con una propuesta realista, factible, porque no podemos conformarnos con reanudar sin más los programas de detección precoz como si nada hubiera pasado. Es importante en esto recuperar lo perdido, porque las consecuencias de no hacerlo suponen pérdida de vidas.

Voy terminando. Pedimos por eso el apoyo de todos los grupos para garantizar de forma inmediata la recuperación de los circuitos de sospecha fundada de cáncer, para que en el plazo máximo de seis meses se recupere el nivel de actividad previo a la pandemia en el programa de cribado de cáncer de mama y se haya recuperado toda la actividad perdida, para que en el plazo máximo de un año se recupere el nivel de actividad previo a la pandemia en el programa de detección de cáncer colorrectal y se recupere toda la actividad perdida durante este tiempo. Y, finalmente, para que en el plazo máximo de seis meses se implemente el programa poblacional de cribado de cáncer de cuello de uterino.

En definitiva, en un problema de salud tan importante como el cáncer, que Navarra recupere la excelencia en la detección precoz y en la agilización de la atención. No haber hecho esta

priorización para garantizar la detección precoz y la atención al cáncer objetiva la incompetencia en la gestión sanitaria de este Gobierno durante este tiempo. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. A continuación, comenzaremos con los turnos a favor y los turnos en contra. ¿Turnos a favor? (PAUSA). Comenzamos con los turnos a favor. Tiene la palabra, por parte del Grupo Parlamentario Partido Socialista de Navarra, la señora Fanlo, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señora Ibarrola. Estamos de acuerdo con el espíritu de esta moción, no con las formas, pero sí con el espíritu. Tenemos, desde luego, que asegurar que los pacientes con cáncer no vuelvan a ser las víctimas colaterales de la pandemia de la covid. La pandemia de la covid ha hecho a los pacientes con cáncer doblemente vulnerables. Todavía no hemos salido de esta crisis y el Gobierno de Navarra sí que ha vuelto a poner los cribados en marcha, tanto el de mama, como el de colon.

Pero díganos qué país del mundo no tuvo, no ha tenido que paralizar en algún momento de esta pandemia los programas de cribado, las intervenciones quirúrgicas, las consultas externas... Porque todos, en mayor o menor medida, ha ocurrido en todos los países del mundo y en todas las comunidades autónomas. Y esto ha sido así.

El Servicio Navarro de Salud ha tenido que reorientarse para dar respuesta a las necesidades cambiantes de esta pandemia. En las cuatro olas por las que hemos pasado. Ha tenido que poner en marcha a velocidad trepidante un programa de vacunación masiva a la población, priorizando, además, sobre todo los pacientes con cáncer. Y el programa de cáncer colorrectal, efectivamente, por desgracia, tuvo que ser interrumpido hace un año. Pero desde febrero del 21, ya se han comenzado a remitir las solicitudes a la población diana.

Y en esto están, son ocho mil personas entre cincuenta y cincuenta y nueve años las que están pendientes de realizar este cribado, si este plan se va a retomar y se está retomando progresivamente. No cabe ninguna duda que la asistencia oncológica y los programas de cribado, además, tienen unas características singulares y no han podido quedar al margen de los cambios del sistema. Tampoco se han podido quedar aislados de los cambios de esta pandemia.

Esto no quita para que se ponga remedio a ello y en ello se está, señora Ibarrola. Si hay algo que no se ha podido hacer de forma virtual, que no se puede atender por telemedicina y que no se puede realizar con una asistencia no presencial, desde luego, son los programas de cribado y más los cribados del cáncer. Eso lo tenemos claro y desde el Partido Socialista lo tenemos clarísimo.

Y este Gobierno ha priorizado el abordaje oncológico y ha reactivado los programas de cribado en cuanto le ha sido posible. Y le ha sido posible en función de la pandemia. Y me remito a la comparecencia del coordinador de UCI, que ya si ustedes recuerdan, informó que las salas de endoscopias y las salas de despertar se habían tenido que utilizar como puestos de críticos. Es una de las razones que hizo que muchas colonoscopias y muchos pacientes no pudieran realizarse las pruebas en su momento.

Luego hay que sumar el riesgo de infección elevado en los momentos de la pandemia para realizar este tipo de pruebas. Y además que ahora mismo cualquier paciente que va a realizarse

una colonoscopia tiene que tener hecha una PCR antes de la exploración y eso también es algo que dificulta el ritmo de cribado habitual fuera de una pandemia.

Creemos que los programas se podrían haber reactivado antes, pero que no ha podido ser por la pandemia, como ya le estoy diciendo, y que, desde luego, una vez reactivados las capacidades están siendo al máximo. Lo que da al máximo el Servicio Navarro de Salud ahora mismo, tanto para el cribado de cáncer colorrectal, como para el cribado del cáncer de mama.

Conforme la pandemia avanzaba por sucesivas fases en la medida de lo posible y en todos los ámbitos, como ya he dicho, se ha intentado recuperar parte de la actividad perdida en este tiempo, tomando todas las medidas recomendadas para, en primer lugar, salvaguardar la seguridad tanto de los profesionales que realizan las pruebas como de los pacientes que se las tenían que realizar.

Como ya le he dicho. Si hay que realizar una PCR antes, por ejemplo, de una de una exploración de este tipo y debe ser negativa, muchas colonoscopias se han tenido que posponer, o bien por positividad de PCR, o bien porque el paciente cuando se le ha llamado estaba en su casa aislado por un contacto estrecho. Y eso ha pasado y sigue pasando.

Por eso, le tenemos que decir, señora Ibarrola, que estamos de acuerdo en el espíritu, pero son muchas dificultades las que hay que salvaguardar, las que han tenido que saltar para poder poner en marcha este cribado. No cabe duda que nos hubiera gustado que se hubiera puesto antes en marcha y no cabe duda que nos hubiera gustado que tampoco hubiera pandemia, pero seguimos en pandemia.

De esta forma y salvando todas las dificultades, desde marzo se ha reanudado y se ha conseguido recuperar las colonoscopias que quedaron canceladas en el estado de alarma, así como las revisiones de seguimiento de pólipos que se ha hecho puntualmente a lo largo de estos meses.

En cuanto al programa de cribado de cáncer de mama, se reanudó muchísimo antes, a partir de junio del 2020 ya se reanudaron las invitaciones a la población femenina candidata para realizar este cribado. Hay casi ocho mil mujeres a las que se les está realizando este cribado, y ya se encuentra finalizando la vuelta quince de este programa.

Lo que nos deja entrever en su moción y lo que nos preocupa, por lo menos desde el Partido Socialista, es que parece que usted no confía en las capacidades de este sistema. Señora Ibarrola, no confía en el Sistema Navarro de Salud Público. Se están realizando colonoscopias de cribado por la tarde, en horas extraordinarias, mamografías los festivos. Si a lo que usted se refiere es que se derive a los centros concertados o privados las pruebas de cribado, poco apuesta, por lo menos ahora mismo, porque el Sistema Navarro de Salud Público pueda absorber el retraso que lleve.

Desde luego, nosotros apostamos por los profesionales del Sistema Público que están al máximo ahora mismo intentando sacar con las colonoscopias todo el cribado que se ha quedado atrás durante la pandemia. En cuanto al cribado de cérvix, es una apuesta que ya dejó marcada el Gobierno anterior, que efectivamente estaba dentro del acuerdo programático. Era uno de los programas que se iba a implementar, pero como comprenderá a los seis meses de Gobierno vino a esta pandemia. No se ha podido implementar ni este ni ningún otro programa.

Desde luego es uno de los programas, por lo que desde luego apostamos. Y así lo dejó claro tanto la señora Nuin, la Directora General de Salud Pública y Laboral, como la Consejera, como el Director General. Es una apuesta clara ese cribado, pero desde luego nosotros de lo que estamos seguros, es que cuando termine esta pandemia y cuando lo permita se implementará, no nos queda la menor duda.

Solicitaremos la votación por puntos, en cuanto a los puntos de su moción, estamos de acuerdo en el punto 1 y en el punto cuarto; pero no votaremos a favor tanto el punto segundo, como el punto como el punto tercero. Nosotros pensamos que hay que confiar en las capacidades del Servicio Navarro de Salud para poder absorber y actualizar el cribado hasta las cifras a las que se llegó en 2019. Nos deja entrever en su moción que parece ser que el Sistema Navarro Público no va a ser capaz de remontar ese obstáculo que ha habido con la pandemia. Nosotros creemos que sí y yo creo que se está trabajando bien y a la máxima capacidad.

Lo que tenemos claro desde el Partido Socialista de Navarra es que más allá de la covid, el cáncer seguirá estando presente y la apuesta es por reactivar todos los programas de cribado lo antes posible, a su velocidad previa a la pandemia. Pero en todo caso, y como ya lo hemos dicho, confiamos en nuestro sistema y, desde luego, en nuestros profesionales sanitarios. Muchas gracias, mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Fanlo. Continuamos con los turnos a favor. Tiene la palabra, por parte de Geroa Bai, su portavoz, la señora Ansa, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Gracias, Presidenta. Buenas tardes a los compañeros y compañeras presentes en la sala y a los que nos están siguiendo por vía telemática. Antes que nada, indudablemente he de agradecer a la señora Ibarrola que nos haya traído esta moción. Una moción que compartimos claramente en el fondo, compartimos un poco menos en algunas de las propuestas y tenemos algunas dudas en cuanto a los momentos de implementación.

Una moción que arranca con la petición de incrementar la oferta de cribados preventivos de cáncer con la inclusión del cribado del cáncer de cuello de útero nos parece adecuada claramente. Es algo que teníamos pensado en nuestra agenda, porque ya, como bien ha reflejado en la anterior legislatura, avanzamos mucho en este sentido. Y era nuestra intención que para el año 2020 estaba previsto que Navarra dispusiera de un programa poblacional de detección precoz de cáncer de cérvix, algo de lo que se iban a beneficiar claramente todas las mujeres entre veinticinco y sesenta y cinco años.

Este nuevo programa de detección se sumaría a los otros dos ya existentes, el cáncer de mama y el cáncer colorrectal, con lo cual completaríamos de alguna forma los tres cribados importantes en el tema de los cribados de cáncer. Las pruebas de cribado son fundamentales como forma de intervención y detección precoz de los tumores. Pero no siempre los beneficios compensan los riesgos de hacer determinados cribados. En el caso del cáncer de mama, del cáncer de colon y de cuello uterino, claramente los beneficios superan a los, digamos, riesgos a la hora de hacer este tipo de intervenciones.

En este momento, en la Comunidad Foral, es cierto que se está haciendo desde hace ya bastantes años, de carácter oportunista. Son pruebas de carácter oportunista a demanda de la propia mujer u ofertados por el propio sistema cuando las mujeres llegan a un CASSYR por cualquier medio, con cualquiera de los problemas por los que acceden a este tipo de sistemas. ¿Se nos quedan muchas mujeres fuera de este sistema? Probablemente no, pero se quedan. Por lo tanto, de cara a mantener una igualdad, una equidad en cuanto a la oferta, sería realmente importante el poder incorporarlo.

El objetivo del programa lo sabemos todos claro, es disminuir la mortalidad por cáncer de cuello de útero y la incidencia del cáncer invasivo. Ya que, si detectamos el cáncer con lesiones preinvasivas, la verdad es que el curetaje es muy sencillo y es muy agradecido. Con lo cual, realmente podemos prevenir muchos de estos muchos de los casos graves.

Sabemos que ha puesto en prueba su eficacia porque en los sitios donde se hace sistemáticamente se reduce la mortalidad de entre un 70 y un 80 por ciento de la incidencia. Y esto es mucho. Pero también sabemos que en Navarra es uno de los cánceres menos frecuentes y que, además, tiene una tasa que se mantiene haciendo las correcciones suficientes. Se va manteniendo, es decir, no es un cáncer que esté aumentando. Es un cáncer que está ahí y que todos los años tenemos alguno, pero está ahí.

La principal causa del cáncer de cuello uterino es el virus del papiloma humano. Eso lo sabemos. Es una infección de transmisión sexual. Por lo tanto, el grueso de mujeres que hay que proteger son las mujeres que tienen vida sexual, que prácticamente son todas, pero sabemos que cuando las mujeres son muy jóvenes, no ha habido tiempo para que lo desarrollen.

Es un virus muy lento. Necesita alrededor de diez años para poder hacer una lesión. Y también sabemos que, por encima de los sesenta y cinco años, si no ha aparecido, raramente aparece. O sea, que este cohorte poblacional entre, como decía la señora Ibarrola, los veinticinco, veintiséis años y los sesenta y cinco, es un cohorte adecuado. Sabemos que solo un porcentaje mínimo de las mujeres que se contagian de papiloma, que, por cierto, es un contagio sumamente frecuente. Se calcula que un altísimo porcentaje de mujeres ha tenido o tiene el virus del papiloma.

Es decir, es un virus muy frecuente, que en poquísimas ocasiones genera una infección mantenida. Por lo tanto, al cabo de un tiempo va a generar un cáncer. Sería, realmente el cáncer de cuello es una complicación grave, pero extremadamente infrecuente de un fenómeno relativamente común. No solamente es preventivo el hacer un cribado. En este momento tenemos vacunas, estamos vacunando del papiloma. Lo que ocurre es que el virus, la vacuna del papiloma, no coge todos los virus del papiloma. Por lo tanto, curiosamente, a pesar de que estamos vacunando a muchas jóvenes con él con la vacuna, resulta que siguen teniendo que hacerse los cribados, porque no protege ante todos los virus. Por lo tanto, el cribado debería hacerse a todas las mujeres.

El virus también se protege con el uso de preservativos. Curiosamente, este es uno de los casos en los que una adecuada educación sexual realmente disminuiría seriamente el número de personas, de mujeres que al final terminan contagiándose.

Vamos a hacer un guiño también al tema del fumar, porque sabemos que el dejar de fumar ayuda a que se elimine más fácilmente el virus, con lo cual, incluso en este tema, el tema del tabaco podríamos utilizarlo como un elemento preventivo.

Las pruebas de cribado de la detección ya hemos dicho, son una citología y una prueba de papiloma, son muy sencillas de realizar y en este momento las está realizando personal de enfermería. O sea, tampoco es que necesitemos una gran cantidad de personas sumamente especializadas para hacerlo, no, en absoluto. Entonces, nosotras estamos absolutamente a favor de implementar el cribado. Y realmente con los cuatro puntos que presentaba esta moción, el punto 1 y el punto 4, no tenemos ningún problema y votaremos a favor.

Qué pasa con los otros dos puntos. Yo comparto absolutamente la exposición de motivos que ha hecho en torno a estos dos puntos, la paralización de las pruebas durante un tiempo, la ralentización de las mismas. Es decir, no solamente tenemos que recuperar, sino tenemos que avanzar más rápidamente. No estoy tan segura de que en este momento el diseño de un plan nos sirva para gran cosa. Conocemos que el calendario con el que se han ido reanudando los programas está siendo intenso. Compartimos, como no puede ser de otra forma, que el ritmo y la calidad tiene que ser la habitual, y eso es irrenunciable.

Y lo que decía, el tema del plan, yo no creo que en este momento realizar un plan de una forma grandilocuente sirva realmente para hacer el objetivo que es, por un lado, reanudar el ritmo de las pruebas. Por otro lado, en la medida que podamos, ir asumiendo las personas que se nos han ido quedando.

Decía la doctora Ibarrola de los circuitos precoces, eso sí me parece importante. Me parece más importante que estemos sumamente atentos ante cualquier síntoma, por pequeño que sea, para recuperar y realmente no dejar sin atención a algunas personas que lo necesiten, que hacer todas las pruebas. Que, a fin de cuentas, estamos hablando de población sana que, en principio, va a salir con pruebas negativas.

Entonces, el estar haciendo pruebas, en cualquier otro momento me parecería adecuado el decir vamos a seguir haciendo, pero en este momento vamos a acoger a aquellos que realmente tengan algún síntoma, aquellos como forma precoz y absoluta. Y por supuesto, poquito a poquito vayamos absorbiendo todas las otras pruebas. Entonces, en ese sentido, creo que sí a reanudar los programas, sí a reanudar a más velocidad de la que habitualmente se están haciendo y hacen todas las vueltas, sí a absorber en la medida que se pueda, pero sin olvidar que estamos en situación de pandemia, que seguimos con los sistemas sanitarios sumamente tensionados y que, evidentemente, lo óptimo suele ser enemigo de lo mejor. Entonces hagamos lo mejor posible en este momento. Por mi parte, nada más, muchas gracias.

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

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, mahaiburu andrea. Arratsalde on guztioi, buenas tardes a todos y a todas. Voy a intentar ser breve. Creo que más o menos todas las argumentaciones que se han expuesto las compartimos. La pandemia, desde luego, causada por el SARS-CoV-2,

está teniendo un enorme impacto en la salud de las personas. Y esto no solo por la propia enfermedad, obviamente, sino también por la implicación que tienen otras enfermedades graves, y el cáncer, digamos, que es una de ellas.

Desde el inicio de la pandemia es evidente la disminución de casos de cáncer diagnosticados, pero desgraciadamente eso no significa que haya menos casos, sino lo que se está haciendo es diagnosticar mucho más despacio, mucho más lento que lo que se hacía antes.

En un estudio que he revisado del Servicio Catalán de Salud, del Institut Català de Salut, comparaba el año 2019 y el 2020 y entre los datos que sacaba, en el 2020 se habían reducido a un 12 por ciento los cánceres diagnosticados. Lo que ya está denotando un poco la cantidad de personas que estamos dejando fuera de la protección de salud y que más tarde de lo deseable van a acabar en nuestros servicios.

Las causas de estos infradiagnósticos, yo creo que se han expuesto. Por un lado, la suspensión de los programas de cribado que permitían identificar tempranamente los distintos cánceres de mama, de colon, de cuello de útero. Y por otro, un poco todas las restricciones de la actividad asistencial que hemos vivido a lo largo de estos meses. El tener que centrar la actividad asistencial en el trato a los pacientes de covid, lo que ha dejado es un poco aparte al resto de pacientes no covid. Se ha cerrado, se ha restringido el acceso para el resto de patologías.

Y también es cierto, y hay que reconocer que una parte de la población también ha visto los centros sanitarios como posible riesgo para su salud y muchas visitas que tenía pautadas o que tenían previstas realizar, las han suspendido, haciendo que esos controles no se hayan podido realizar.

En el 2020 se han recuperado algunos programas de salud, es cierto, pero seguimos teniendo todo el sistema sin normalizar. En Navarra es cierto además que, como dice la señora Ibarrola, en el programa de cribado de cáncer de colon estamos siendo de las comunidades que lleva más retraso y eso es preocupante. Y entendemos que habría que hacer esfuerzos tanto para recuperar los programas como para reforzarlos y absorber la actividad dejada de realizar. Hay que tener en cuenta y nos parece que puede ser acertado el elaborar un plan, porque no sólo supone el diseñar y planificar la recuperación de toda la actividad de todos estos colectivos que hemos dejado de cribar, sino de todo el incremento de nuevas enfermedades que nos va a dar. Sabemos que ese 12 por ciento que se ha dejado de diagnosticar está ahí y lo vamos a tener que atender. Con lo cual deberíamos de tener una planificación también asistencial para todas esas personas, poder atenderlas lo más rápidamente posible y en las mejores condiciones.

Esta moción insta a garantizar los programas de detección precoz del cáncer de área en las tres áreas de salud. Nos parece correcto. Creemos que los hospitales comarcales han andado siempre con menos recursos que el Complejo Hospitalario de Navarra, en la mayoría de los casos y que debería ser una de las cosas a tener en cuenta. También nos parece oportuno el instar a que los programas de cribado se hagan lo más rápidamente posible y que se absorban antes posible. Sobre todo, porque, además, como se ha expuesto, la evidencia científica es clara. Incluso el Código Europeo recoge la realización de estos tres cribados. Creemos que los resultados de salud están totalmente contrastados y que merece la pena realizar esfuerzos en esa medida.

También he estado revisando otro estudio que ha hecho, creo que es el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, donde estaba también comparando la mortalidad en el caso de los cánceres, para que veamos un poco el efecto sobre la mortalidad que han tenido. En cuanto al cáncer de mama, el estudio hablaba de que hay un incremento de la mortalidad entre el 7,9, 9,6 por ciento. En el cáncer de colon de recto entre el 15,3 y el 16,6. Es decir, unos incrementos bastante considerables en cuanto a la mortalidad. También en otros, de pulmón, de esófago... pero unos incrementos muchísimo más reducidos.

Y un poco la conclusión que sacaban es que también en el cáncer también hay tipos y variables que los hacen distintos. Una es la velocidad de progresión. La señora Ansa lo ha expuesto muy claro con el cáncer de cuello ligado a un poco al virus del papiloma humano. Y es que el impacto, por ejemplo, del cáncer de mama va a ser mucho mayor que en el de cérvix. ¿Por qué? Porque la evolución es mucho más lenta. Entonces, creemos que todos estos parámetros habría que tenerlos en cuenta a la hora de desarrollar estos planes, estas líneas de trabajo, para también dirigir los esfuerzos a las zonas donde, digamos, son más necesarios y más eficaces.

Para nosotros y nosotras, desde luego, es imprescindible reforzar los programas de cribado. Es interesante buscar nuevas formas innovadoras para mantener las actividades preventivas. Para nosotros fue y es un ejemplo a seguir el modelo que se implantó con el cáncer de colon, con la toma de muestras de sangre en heces, porque también se está planteando en algunas comunidades el hacer auto tomas para citología y que sean las propias mujeres las que puedan desarrollar este tipo de prueba y mandarlas a los centros de salud. Con lo cual, agilizaríamos también los procedimientos.

Nos parece que son medidas que habría que analizar y ver con detenimiento, porque, desde luego, facilitarían a muchas mujeres este tipo de pruebas que, como ha comentado la señora Ibarrola, también tienen un sesgo en cuanto a clase, porque no todas las personas tienen acceso a la misma sanidad y poder facilitar ese acceso consideramos que puede ser una medida importante.

Nosotros, desde luego, vamos a votar a favor de los cuatro puntos. Y, desde luego, debemos reconocer que merece la pena el esfuerzo para afrontar este reto, que sabemos que es difícil pero que es imprescindible. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor González. Para finalizar este primer punto tiene la palabra para su turno de réplica la señora Ibarrola por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Muchas gracias de nuevo, Presidenta. Yo creo que lo he explicado en mi primera intervención, pero entendemos perfectamente la ralentización o la paralización en determinados momentos de los programas. Pero nos parece absolutamente imprescindible hacer una priorización de un problema de salud como es el cáncer y recuperar cuanto antes. Se tenía que haber hecho desde la primera ola, al menos todo lo que tiene que ver con los circuitos de sospecha fundada de cáncer y cuanto antes con los programas de detección precoz.

La pandemia es una excusa para todos, pero es una realidad que solo Castilla La Mancha y Navarra han tenido paralizando el programa todo un año. Y esto yo creo que dice algo, que las

salas de endoscopias y despertar se tuvieran que utilizar de forma imprevista durante la primera ola y se tuviera que paralizar todo, también lo entendemos. Pero es que ha pasado más de un año para haber planificado lo importante, y esto era importante. Ya mucho más sencillo, el poder haber garantizado el programa de detección de cáncer de mama, porque Navarra tiene recursos de sobra para haberlo hecho sin impactar en la atención a la pandemia. Parece que no apuestan por eso.

Y, señora Fanlo, por enésima o milésima vez, confianza absoluta siempre en los profesionales sanitarios, lo que no tenemos confianza es en la gestión del Gobierno, en la gestión sanitaria del Gobierno. Ninguna confianza, se lo vuelvo a repetir. Y que usted me diga, me pretenda decir que no tenemos confianza nosotros para hacerlo desde el sistema público. Que me hable de privatizar cuando en sus dos únicos presupuestos a cargo de su Gobierno han incrementado las privatizaciones en salud en un 14 por ciento en el presupuesto del 2020, en un 7 por ciento adicional en el presupuesto del 2021 y tienen actualmente en el presupuesto 19 millones de euros más en conciertos que el último presupuesto del Gobierno de UPN en el 2015. Pero qué me está contando. Esto, lo siento, pero suena a excusa constantemente.

Si usted en esta moción ve en algún momento que hemos dicho que en estos dos programas se recupere la actividad con privatizaciones y conciertos, mire, puede reconsiderar su voto. Porque no lo pone en ningún momento, en ningún caso. Habla de hacer un plan extraordinario para recuperar la actividad. En ningún momento pone que se deriven a centros concertados. En ningún momento, así que, si esa pretende ser una excusa para no aprobar esos dos puntos, búsquese otra porque rotundamente no.

De hecho, le recuerdo que fue UPN el que implementó el programa de detección de cáncer de colon y lo hizo exclusivamente, y que lo tenga muy claro, con un programa de colonoscopias en el sistema público. No se derivaba nunca ninguna colonoscopia de cribado. Nunca. ¿Ustedes?, mire, estamos por verlo. Pero si esa va a ser su excusa, le repito, invéntese otra, porque lo único que parece es que como Gobierno no se quieren comprometer porque no les parece importante recuperar esta actividad. Y eso es lo que sinceramente lamento.

La señora Ansa, al menos no lo ha pretendido tergiversar. Ha dicho que no les parece tan importante recuperar ahora lo perdido en esto. También lo lamento, pero al menos le agradezco que no utilice otros argumentos. En el acuerdo programático yo no he visto que estuviera el programa de detección precoz de cáncer de cérvix, pero, en todo caso, sí que es una apuesta que habían reconocido y que yo he reconocido también. Hacerlo antes, porque es difícil de entender que llevemos cuatro años preparándolo, uno de pandemia, pero otros tres preparándolo, va a reducir los recursos que hay que utilizar, va a aumentar la cobertura, va a aumentar la efectividad del programa y va a reducir costes. Va a liberar incluso recursos para destinarlo a otras a otras actividades. Porque sabemos, desde hace muchos años, cuando empezó la vacuna del VPH, que este programa había que cambiarlo, porque era un salto cualitativo que lo condicionaba absolutamente todo.

Termino. Lamento sinceramente que no compartamos la visión de la importancia que tiene para la Sanidad navarra la recuperación de la actividad perdida en programas de detección precoz. Lo lamento sinceramente. Y que sepamos que estamos diagnosticando menos cánceres, que lo dicen todos los estudios, como ha dicho el señor González, y que no nos preocupe que

seguramente la principal causa casi con total seguridad es la reducción de la actividad de los programas de detección precoz, cuando menos enciende todas las alarmas. A mí, insisto, me suena a excusa para no comprometerse desde el Gobierno a hacerlo y me parece una auténtica irresponsabilidad objetiva, simplemente que para el Gobierno de Navarra y para el Departamento de Salud en este momento, esto no es una prioridad, absolutamente preocupante. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Disculpe, señora Ibarrola, ¿acepta la votación por puntos? Vale. Comenzamos con la intervención de las personas presentes en la sala. ¿Les parece que votemos, agrupemos 1 y 4, y, 2 y 3? Vale.

Votaremos punto 1 y punto 4. ¿Votos a favor? (PAUSA). ¿Puntos 2 y 3? (PAUSA). Votos a favor 2. ¿Votos en contra? (PAUSA).

Comenzaremos con la votación de las personas que están por vía telemática. Si les parece, señalen su posición tanto de los puntos 1 y 4. Digan 1 y 4, y su posicionamiento; 2 y 3, y su posicionamiento. ¿De acuerdo? Yo creo que me han entendido. Comenzamos con el Grupo Parlamentario Navarra Suma. ¿Señor Iriarte?

SR. IRIARTE LÓPEZ: 1 y 4 sí, y 2 y 3 sí.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Vale. ¿Señora Llorente?

SRA. LLORENTE TRUJILLO: A favor de los cuatro puntos.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Vale. ¿Señora Álvarez? (PAUSA). ¡Ay!, no le oímos. A favor, sí. Se le entiende por los labios. ¿Señor García?

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: A favor de todos los puntos.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Vale. ¿Señora Garbayo?

SRA. GARBAYO BERDONCES: A favor de todos los puntos.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muy bien. Comenzamos con el Grupo Parlamentario Partido Socialista de Navarra. ¿Señora Unzu?

SRA. UNZU GARATE: Votaré los puntos 1 y 4 a favor, y los puntos 2 y 3 en contra.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Vale. ¿Señora Aramburu?

SRA. ARAMBURU BERGUA: 1 y 4 a favor, 2 y 3 en contra.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Y, ¿señora Ruíz?

SRA. RUIZ JASO: Los cuatro puntos a favor.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Vale, entonces, 1 y 4 se aprueban por unanimidad, por 15 votos. El segundo y el cuarto también se aprueban, pero en este caso con... No. No están. (MURMULLOS). Ah, vale, perdón. Sí vale, repito. He hecho la cuenta con todos. El 1 y el 4 se aprueban por unanimidad, con los 13 votos a favor; y el 2 y 3 también se aprueban con 7 votos

a favor y 6 en contra. ¿Así? Sí. (MURMULLOS). ¡Ay dios! Es que no le he apuntado. 8 y 5, perdón. 8 votos a favor, 5 en contra. Vale, ahora sí, ¿no? Vale. Aprobados los cuatro puntos de la moción.

Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a incluir colectivos de riesgo en los grupos prioritarios de vacunación, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Cristina Ibarrola Guillén.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Pasamos ahora con el segundo punto en el orden del día: Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a incluir colectivos de riesgo en los grupos prioritarios de vacunación. La moción presentada también por la señora Ibarrola Guillén, del Grupo Parlamentario Navarra Suma. He de decirles también que el mismo grupo proponente de la moción ha presentado una enmienda que, si le parece, la defenderá el mismo... (MURMULLOS). ¡Ay! Vale, disculpen. Es verdad, disculpen. No, no se ha presentado ninguna enmienda. Por lo tanto, para la defensa de la moción tiene la palabra la señora Ibarrola por un espacio máximo de quince minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias, Presidenta. Si bien es importante señalar que la vacuna seguro que no es la única arma para vencer al virus, constituye, sin ninguna duda, una herramienta fundamental de la que hemos podido disponer en tiempo récord gracias a la ciencia y gracias a la enorme cantidad de recursos invertidos en su desarrollo.

Ni en nuestros mejores tiempos, hubiéramos imaginado disponer de vacunas eficaces y seguras para hacer frente a la pandemia en menos de un año. Y después de tanto sufrimiento causado por la covid-19, es lógico que la vacuna se haya recibido con los brazos abiertos, fundamentalmente en personas mayores. Porque supone la llave para normalizar su vida, para salir a la calle, para recuperar el contacto con seres queridos. En definitiva, la forma de acabar con esa soledad impuesta durante más de un año de pandemia.

También es lógico que las personas a las que se administra la vacuna estén agradecidas y satisfechas con el personal sanitario que se la administra, porque siguen trabajando al pie del cañón con absoluta profesionalidad y entrega. Eso es evidente. Pero esto no supone que las cosas se hayan hecho bien, o al menos que se podían haber hecho bastante mejor, de esto se trata. Hay algunas cosas que lamentablemente ya no vamos a poder cambiar, pero quedan muchos aspectos de mejora a trabajar. La moción que hoy traemos pretende mejorar algunas deficiencias, desigualdades o injusticias que se están produciendo a nuestro entender, en la priorización de la estrategia de vacunación.

Europa ha realizado una compra centralizada de vacunas. El Ministerio de Sanidad, conociendo que las vacunas iban a llegar, debía haber tenido una estrategia de grupos priorizados de vacuna antes de que llegaran, pero no lo hizo. Y el Gobierno de Navarra una vez más, se limitó a hacer un seguidismo absoluto de las políticas del Gobierno de Pedro Sánchez. Así que comenzaron a llegar las vacunas y no tenía preparada ni estrategia de priorización de las vacunas, ni un plan operativo para vacunar y, evidentemente, ha tocado improvisar. Así. Hemos asistido a errores evitables, bandazos y desconcierto tanto en profesionales sanitarios como en la población. Ha costado meses coger esa velocidad en la administración de las vacunas disponibles.

Las injerencias políticas en las indicaciones contraindicaciones de la vacuna de AstraZeneca, sin evidencia científica e ignorando las recomendaciones que marcan las agencias reguladoras del medicamento. Yo creo que es una cuestión sin precedentes en política sanitaria, corresponsabilidad de las autoridades sanitarias del Gobierno de Navarra. Y todavía hay muchos ciudadanos que siguen con una primera dosis sin saber qué va a pasar con la segunda. Hoy el Gobierno de Navarra ha anunciado que la retrasa.

En cuanto al plan operativo, no habían previsto infraestructuras para una vacunación masiva. No contaron con los profesionales de Atención Primaria, adonde van los ciudadanos para resolver la cantidad enorme de dudas que se suscitan en torno a la vacunación. No disponían de un protocolo de aprovechamiento de todas las dosis. Retrasaron demasiado la vacunación en mayores que no podían salir de su domicilio. Y lo último, han habilitado un teléfono y un correo electrónico para dudas que no coge, ni contesta nadie.

Mal que el Ministerio no hubiera definido antes de llegar las vacunas la estrategia de los grupos prioritarios a vacunar. Éramos muchos los que lo solicitábamos, pero si no lo hizo el Ministerio, ¿por qué no lo hizo el Gobierno de Navarra? ¿Por qué ha vuelto a hacer en esto un seguidismo absoluto de lo marcado por Sánchez? ¿Por qué no han tomado decisiones que son factibles en Navarra, que no se limitaran en exclusiva a la vacunación por grupos de edad? ¿Inseguridad, miedo a asumir responsabilidades de decisiones propias? ¿Por qué ni siquiera están cumpliendo con la estrategia de vacunación del Ministerio, como está ocurriendo con voluntariado o con estudiantes en prácticas en residencias?

Han dejado colectivos profesionales esenciales, unos vacunados y otros no, sin respuestas. Unos profesores sí y otros no. Colectivos cerrados de más de diez personas sí, pero residentes, por ejemplo, de viviendas tuteladas para personas con discapacidad intelectual con menos de diez residentes no. Y no saben explicar los porqués a los afectados.

Hay colectivos, en todo caso, en los que urge la administración de las vacunas. Se puede hacer de forma sencilla, porque no estamos hablando de gran número de dosis, estamos hablando de colectivos a los que son necesarias muy pocas dosis de vacuna. Por un lado, está el voluntariado que realiza actividades sanitarias y sociosanitarias de primera línea, como pueden ser el transporte sanitario o como pueden ser voluntarios que forman parte de los equipos de vacunación. Forman parte del grupo 2 de la estrategia de vacunación, tanto del Ministerio como a la del Gobierno de Navarra, que es la misma. La única diferencia es si cobran o no cobran. Y están en estrecho contacto con personas vulnerables. Que ese es el motivo de que urja la vacunación el proteger a esas personas vulnerables con las que este voluntariado está en contacto.

Otro grupo lo constituyen los estudiantes que cursan técnico de atención a personas en situación de dependencia y que están realizando prácticas en residencias de diferentes localidades con criterios diferentes. A unos se les ha vacunado, a otros no. Forman parte también del grupo 3B de la estrategia de vacunación, como los estudiantes de medicina o de enfermería a los que sí se sea vacunado. Están en contacto con las personas más vulnerables, los convivientes de residencias de ancianos o de discapacidad, donde sabemos que las consecuencias de la pandemia han sido trágicas y que es necesario blindar para que el virus no vuelva a entrar. Se trata de proteger a ese colectivo de personas más vulnerables.

Como en otras muchas ocasiones, quizás la insistencia de la oposición tenga sus frutos, cosa que nos congratula porque beneficia a los ciudadanos. Nuestra formación sacó una nota de prensa para que se vacunara de forma prioritaria a voluntariado y a estudiantes en prácticas en residencias. Pero ese mismo día, en rueda de prensa, el Director General de Salud, Carlos Artundo, negaba la vacunación a los colectivos. Supongo que perseverar y traer esta moción ha contribuido a que el Gobierno cambie de opinión. De hecho, ha empezado a vacunar a ambos colectivos, también nos consta. Si quedan personas sin vacunar de estos colectivos, proponemos que se realice de forma inmediata. Y no van a ser muchas personas.

Lo mismo que a cuidadores o convivientes, habitualmente los progenitores de menores de dieciséis años, grandes dependientes. Los menores de dieciséis años, grandes dependientes no se han vacunado exclusivamente porque no hay vacunas autorizadas para menores de dieciséis años. Pero una forma de protegerlos es que, a esos cuidadores principales, habitualmente sus progenitores, se les vacune exactamente igual que se ha hecho con los cuidadores principales de grandes dependientes de otras edades.

No fue hasta el 30 de marzo en la versión 5 de la estrategia de vacunas, tres meses después de llegar las vacunas, cuando el Ministerio incorporó a personas de muy alto riesgo como trasplantados, personas con cáncer, inmunodeficiencias primarias, como hemodiálisis, entre algunos otros, pero dejó fuera otras muchas personas de riesgo. Por ejemplo, definidas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o por diversas sociedades científicas, como la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene; que han hecho recomendaciones de diferentes colectivos con mayor riesgo.

Así existe evidencia científica del mayor riesgo que supone la infección por covid en múltiples patologías: esclerosis múltiple, ELA, demencia, otras alteraciones neurodegenerativas, patologías cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, diabetes, obesidad mórbida, enfermedades raras, inmunodeficiencias secundarias; muchas no incluidas. No todas las personas con estos diagnósticos tienen el mismo riesgo. No pedimos eso. Pero la priorización de la vacunación realizada exclusivamente por grupos de edad, teniendo herramientas como tiene Navarra para poder estratificar por riesgo, a nuestro entender se queda muy corto. La base de datos poblacional que tiene el Departamento de Salud y que implementó en el 2014 permite de forma relativamente sencilla estratificar a toda la población navarra por edad y morbilidad. Es una forma de estratificar por riesgo mucho más precisa que solo utilizar el criterio de edad. Es algo que entendemos que deberían haber hecho antes de llegar las vacunas.

Hay algunas patologías como la ELA, en la que creo que estaremos prácticamente todos de acuerdo, que son de muy alto riesgo. Ya hay comunidades, de hecho, que han vacunado a personas con ELA, como, por ejemplo, Cataluña. Por eso proponemos incluir la priorización de la vacunación a personas con ELA y a otras situaciones de alta complejidad que no estén incluidas en el grupo 7. A definir por el Departamento de Salud, pero podría considerarse, y es una propuesta que hacemos, una prescripción individualizada para casos de personas de muy alto riesgo, validando el criterio del profesional sanitario responsable. ¿O no les parece importante que el profesional sanitario responsable responda, tenga algo que decir en determinados casos de alto riesgo? Yo creo que sería una buena práctica.

Para la población general, proponemos realizar una priorización de la vacunación según estratificación por riesgo dentro de cada grupo de edad. Porque, por poner un ejemplo en el grupo de entre cincuenta y cincuenta y nueve años, no tiene nada que ver una persona sana con una persona con una diabetes muy compleja o grave, con ceguera, complicaciones renales, múltiples ingresos por hipoglucemias, por ejemplo, o con otra persona del mismo rango de edad, con una diabetes bien controlada, pero que además tenga EPOC, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, etcétera. No es lo mismo. No podemos tratarlas por igual que a personas de la misma edad sanas, porque tenemos herramientas para poder hacer una priorización ajustada y precisa de acuerdo a la priorización clínica.

Por concluir, pedimos el respaldo de todos los grupos para mejorar en Navarra la estrategia de vacunación ajustándola de forma precisa al riesgo individual de las personas. Creo que, sin ninguna duda, esto supondrá una reducción de ingresos hospitalarios de UCI y de muertes en personas de mayor riesgo en el corto plazo, mientras se logra extender de forma masiva la vacunación. Porque estando ya vacunadas las personas mayores de ochenta años o incluso mayores de setenta años, el riesgo actual de ingresos de UCI o de muertes está precisamente en personas de menos edad, con patologías o con factores de riesgo. Son las personas que hay que priorizar ahora. Navarra tiene herramientas, como digo, para poder estratificar y priorizar la vacunación por riesgo, teniendo en cuenta la edad y la severidad clínica. No vuelvan a ir tarde.

Además, proponemos, y termino, vacunar de forma inmediata a colectivos de alto riesgo para las personas vulnerables, a las que atienden o proporcionan el cuidado. Voluntariado que participa en actividad sanitaria, sociosanitaria o de cuidados, estudiantes en prácticas en centros residenciales y progenitores o cuidadores principales de menores, grandes dependientes. Espero el apoyo unánime a esta moción, porque creo sinceramente que será bueno para todos. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. Comenzamos, ¿turnos a favor? (PAUSA), y ¿turnos en contra? (PAUSA). Comenzaremos con los turnos a favor por parte de EH Bildu. Tiene la palabra su portavoz, el señor González, por un espacio máximo de diez minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, mahaiburu andrea, arratsalde on berriz. Buenas tardes de nuevo. Para nosotros y nosotras en EH Bildu, desde luego, todo lo que ha sido la estrategia desarrollada para afrontar la pandemia desde el Gobierno del Estado, y que, como bien ha dicho la doctora Ibarrola, se ha copiado de forma bastante acrítica por parte del Gobierno de Navarra, no la hemos compartido y hemos mostrado nuestras diferencias de forma bastante habitual. Pero nos hubiese gustado y hemos solicitado muchas que se hubiera llevado una estrategia mucho más proactiva en la búsqueda y en la eliminación del virus. O estrategias que han desarrollado en otros países del sudeste asiático, en Australia, en Nueva Zelanda, y que han demostrado una gran eficacia. También porque los efectos que ha tenido tanto la salud como la economía han sido mucho mejores que los que hemos tenido Europa y en los procesos que han desarrollado una estrategia, un poco de convivir con la enfermedad y que la economía conviva con la enfermedad, con la pandemia.

Esta estrategia lo que nos ha llevado es a depender casi en exclusiva de la vacuna. Porque el resto de medidas que podemos tomar para controlar el virus son mucho más limitadas. Esta

estrategia de vacunación que se ha desarrollado, hemos mostrado bastantes diferencias a la hora de determinar los colectivos preferentes a vacunar. No comprendíamos algunas decisiones. Yo especialmente, creo que desde el inicio de la vacunación he instado de forma reiterada a que se vacunase a la población reclusa. Estamos hablando de menos de trescientas personas.

Una de las cosas que más nos llamaba la atención era que por parte de Salud Pública se había decidido vacunar a todas las personas que vivían en comunidades, porque consideraban que eran de riesgo. Encima las personas que viven estos centros penitenciarios acumulan muchas patologías que los hacen ser más sensibles todavía a los contagios. Entonces pensábamos que se siguiese manteniendo a todas estas personas fuera de la estrategia de vacunación, que no era ni justo, ni – voy a dejar los adjetivos – que no era justo, que era mucho mejor afrontar y evitar que pudieran contagiarse, que no dejarlos un poco al lado, como se les está dejando, que estamos ya en mayo y todavía esta comunidad sigue sin vacunarse.

Sobre todo, además, no solo por los riesgos de salud, sino teniendo en cuenta los efectos tan ambiciosos que están teniendo las medidas de prevención dentro de los centros penitenciarios. Hay que tener en cuenta la vulnerabilidad que tiene, pero luego el efecto que tiene en todas sus relaciones con sus entornos familiares. Es decir, cuando estas personas tienen que ir al médico a una visita, luego tienen que estar en confinamiento. No pueden hacer vis a vis, no pueden ver a sus hijos e hijas, no pueden ver a sus parejas, no pueden ver a sus madres y padres. Es decir, los problemas y la restricción de derechos fundamentales de estas personas están siendo inmensos. Sin embargo, no hemos sido capaces de ponerle solución.

Creemos que ya es el momento de ponerle solución. Creemos que esto sí son restricciones de derechos fundamentales y no el fumar en las terrazas de los bares. Y ahí creemos que el Gobierno de Navarra debería hacer un esfuerzo importante a la hora de afrontar este pequeño colectivo, pero que está sufriendo de una forma tan extrema y tan específica la pandemia y todos los problemas que ello conlleva.

De la propuesta, sí que veíamos algunas cosas que nos parecían igual con el proceso de vacunación que se lleva, por ejemplo, el punto 3, cuando se habla de hacer una estratificación por edad, cada tramo de edad, veíamos que con la rapidez que se está vacunando en estos momentos estaríamos hablando de unas diferencias de días a la hora de vacunar a estas personas, con lo cual pensábamos que podría no podría ser tan transcendental. Nos parece que puede ser interesante y nos parece que hay algunas medidas, como las que ha comentado la señora Ibarrola que, para ciertas personas, digamos, de una sensibilidad o de una fragilidad mayor, se puedan habilitar fórmulas para que se agilice su vacunación. Creemos que sí, ese tipo de cosas estarían bien y que serían interesantes implementar por parte de la Administración. De otras medidas, vemos que igual serían un poco más intrascendentes el efecto que tendría la salud.

De los colectivos que se han vacunado, yo creo que a lo largo de estos meses hemos visto salir denuncias. Yo recuerdo la del Hospital San Juan de Dios, donde se estaba vacunado a colectivos que no tenía la atención directa que sufren los pacientes, mientras que los trabajadores y trabajadoras que estaban en primera línea seguían sin vacunarse.

Hemos visto a otras empresas de salud privada que se les daban las vacunas para que, digamos, inmunizaran a sus trabajadores y trabajadoras. Se les daba el protocolo que deberían seguir, pero luego las empresas habían decidido utilizar otros criterios. Lo único que tenían que hacer era firmar un, digamos, un consentimiento de que iban a cumplir con los requisitos que marcaba el Gobierno de Navarra. Creemos que el Gobierno de Navarra debería haber gestionado mejor este tipo de vacunaciones y haber asumido un mayor protagonismo. Y haber liderado todo el proceso de vacunación, también en las empresas sanitarias privadas.

También evitar cosas como las que estamos viviendo de que lo que sería la estrategia de vacunación se esté convirtiendo en una lucha comercial a nivel internacional. Creemos que lo que está pasando con AstraZeneca no tiene nombre. Creemos que se están utilizando las luchas de poder a nivel internacional, de medidas, de juegos de geoestrategia y, digamos, de juegos comerciales que están perjudicando sobremanera a la población. Creemos que no son de recibo.

Hay una serie de elementos de garantía, digamos, de la calidad de estos medicamentos que han dicho que son correctos. Creemos que el cuestionar todos esos informes hace flaco favor, tanto a la salud pública, como a la estrategia de inmunización de la población. Entrar a eso sabemos a qué conlleva. Conlleva que en Inglaterra se saquen bulos sobre las vacunas de Estados Unidos, de Europa. En China, lo mismo en los rusos con tal... Creemos que es un juego geoestratégico, pernicioso, tóxico y que perjudica a toda la población. Por eso pensamos que deberíamos de volver a ser más sensatos. Deberíamos asumir que las agencias de medicamentos cuando redactan sus informes tienen todas las garantías y las características que deben de tener para asumir que son que son buenas y que reúnen las condiciones para distribuirlas entre la población y dejar de jugar a esa doble moral en cuanto a decir que unas sí, otras no. Cuando sabemos que todos los medicamentos tienen efectos secundarios no deseados. Ahí creemos que la Administración, en este caso el Gobierno de Navarra, debería ser muy claro y dejar a los técnicos dirigir este procedimiento evitando este tipo de discusiones tan tóxicas.

Por lo demás, el resto de lo que es la moción la compartimos. Creemos que son colectivos que por su sensibilidad y su riesgo merecen la pena estar protegidos, que es algo bueno. Creemos que hay otros colectivos que también podrían estar dentro, pero tampoco queremos entrar a una estratificación más grande, porque pensamos que, si la velocidad de vacunación es la actual, probablemente a corto plazo, tengamos ya un número importante de inmunizados e inmunizadas que nos permita, digamos, no tener que andar afinando tanto los datos. Y nada más. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señor González. Comenzamos con los turnos en contra. Tiene la palabra por parte del Partido Socialista de Navarra su portavoz, la señora Fanlo, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchas gracias, señora Presidenta. En el contexto epidemiológico actual en el que nos encontramos y basándonos en tres principios, como son el principio de necesidad, de equidad y de reciprocidad, urge reforzar la protección de los más de los más vulnerables. Por ello, la elección de la vacuna o vacunas administradas en los diferentes grupos de población debe basarse tanto en eficacia, seguridad y logística, como las indicaciones de cada vacuna basadas en la experimentación clínica realiza mediante los ensayos que han dado su aprobación y, como no podía ser de otra forma, la evidencia científica.

El proceso de vacunación ha permitido eliminar el exceso de mortalidad, evitando los decesos, sobre todo en las personas por encima de los ochenta años. Nuestros mayores, los más vulnerables, porque realmente ellos sí que son y serán los más vulnerables, están a salvo. Todas las vacunas en menor o mayor medida ahora mismo cubren la cepa británica, que es la mayoritaria en el momento actual en Navarra y en España. Pero nos interesa que la vacunación también sea lo más rápida posible para evitar que las cepas VOC se extiendan.

Navarra está siendo capaz de vacunar a más de 5.000 personas al día, llegando incluso hasta 6.000. Hoy mismo, el Departamento de Salud ha habilitado el pabellón de la UPNA para implementar y acelerar el programa de vacunación masiva. Tiene una capacidad para vacunar a 2.000 personas al día. En esta última semana se han vacunado ya más de 40.000 personas. Y Navarra cuenta ya con, al menos, una dosis de la vacuna, en todos, en el cien por cien de las personas o de la población mayor de ochenta años. Nueve de cada diez personas mayores de sesenta años ya han recibido una dosis y se ha comenzado la vacunación esta semana, el domingo se comenzó la vacunación en el grupo entre los cincuenta y nueve y los cincuenta y cinco.

38 por cien de la población navarra ya está inmunizada con, al menos, una dosis de la vacuna. Y tenemos que decir y recordar que el ritmo de vacunación que tenemos lo marca la llegada de vacunas. Navarra ayer recibió más de 20.000 dosis y es previsible que se llegue a esta inmunidad de rebaño para el final del verano, primeros de septiembre.

A cifras de 7 de mayo Navarra, junto Andalucía y Extremadura son las tres comunidades autónomas que más dosis han administrado en porcentaje con las dosis entregadas, el 93,4 por cien. Navarra está entre las cinco comunidades autónomas que ya ha completado la vacunación a personas institucionalizadas. Ya hemos dicho que, en mayores de sesenta años, Navarra está entre las tres primeras comunidades que ya han puesto al menos una dosis. Los datos son los del Ministerio. No me los estoy inventando, están ahí. Ha puesto una dosis ya a mayores de sesenta años. Como ya hemos dicho, el cien por cien de su población mayor de ochenta años ya tiene al menos una dosis de la vacuna.

El criterio fundamental ha sido la edad. Porque es donde se encuentra y se ha encontrado tanto en todos los registros y en todos los estudios nacionales e internacionales el riesgo de mortalidad, que no ha sido otro que la edad. Los criterios han sido consensuados por el Ministerio. Señora Ibarrola, aquí, el señor Sánchez no ha impuesto ningún calendario de vacunación. Es que no lo ha impuesto el señor Sánchez el calendario de vacunación. Es que el calendario de vacunación de la covid ha sido consensuado por sociedades científicas, entre las que se encuentra la SemFYC, la suya, señora Ibarrola; el Grupo de Trabajo para las Enfermedades Infecciosas; ANENVAC, Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas; AEV, Asociación Española de la Vacunología; el Comité de Bioética de España, al que usted está despreciando con la estrategia de vacunación; a FACME; a la Comisión de Salud Pública, en la que están representadas todas las comunidades autónomas, incluidas las que gobiernan su socio de coalición, el PP, como Andalucía, Madrid, Castilla y León. Están todas representadas ahí, y todas han llegado al consenso de esta estrategia de vacunación.

Y como ya le repito, desde luego, todas han llegado al acuerdo de que es la edad el criterio prioritario. No obstante, es un documento vivo, un documento vivo que se ha tenido que ir

adaptando y se han tenido que ir haciendo actualizaciones estratificando, grupo por grupo, como ha sido este último grupo al que se han incorporado, grupo 7, los pacientes oncológicos, los pacientes VIH y los pacientes con síndrome de Down. Y es un documento vivo en el que todos y todas tienen que ir trabajando, pero todos y todas de los que le acabo de decir. No el señor Sánchez, señora Ibarrola, no el señor Sánchez, que es el mensaje que ustedes quieren dar. Porque el Consejero de la señora Ayuso también ha apoyado este sistema de vacunación. Sí, no se ría, no, es que es así. Es que el Consejero de la señora Ayuso en Madrid y el Consejero de Andalucía también ha apoyado esta estrategia. ¿Qué nos viene a contar usted aquí? ¿Qué nos viene a contar usted aquí?

En todo caso, es un documento vivo, está basado en criterios científicos, en criterios éticos y sujeto, como he dicho, a un cuello de botella muy importante que es al suministro de vacunas. Y existe una justificación ética de la priorización actual que no ha sido otra más que la edad. Se han evaluado los riesgos de exposición, transmisión, morbilidad grave y mortalidad; y a la vista de los principios de necesidad, equidad y reciprocidad; y se asume que las vacunas, que presenten en el estado actual de la evidencia científica mayor eficacia, deben dirigirse a la población cuya vida e integridad se vea más expuesta. Criterios éticos, señora Ibarrola, y entre ellos, desde luego, ha sido la edad.

Se ha establecido un orden de vacunación de los grupos de población en función de la disponibilidad también de las dosis de vacunas y de las vacunas que iban llegando y de las vacunas que se iban retirando. Porque usted sabrá, como yo, que la vacuna AstraZeneca se ha retirado de la Unión Europea. La priorización se ha realizado en función de criterios éticos y, vuelvo a repetirlo, de evidencia científica dirigiendo la vacunación a las personas más vulnerables y con mayor riesgo de exposición y de transmisión a otras personas.

Quiero decirle que abrir la puerta a otros colectivos de otras enfermedades que tienen riesgo incrementado, efectivamente, habrá que valorarlo. Como ya le digo, esta estrategia, este documento es un documento vivo. También le digo, señora Ibarrola, en los últimos registros, los pacientes que requieren ingresos en UCI, aquí en Navarra, son personas jóvenes. Pero es que el factor de riesgo fundamental asociado es la obesidad. Es la obesidad, el 50 por cien... (MURMULLOS). No, no, de todos esos colectivos es la obesidad. Que usted no lo ha contemplado. Se lo digo, por si acaso. Si quiere tráiganos otra moción con la obesidad, porque realmente es el factor de riesgo más importante.

Esto es lo relevante, esto es lo observado y no lo estimado. Desde luego, a la velocidad prevista de suministro en los próximos meses, lo más eficaz es avanzar por el cohorte de edad, señora Ibarrola, porque si se están vacunando seis mil personas al día, hay ahora mismo estimados cincuenta personas diagnosticadas de ELA de Navarra. Esas personas van a ser prontísimamente vacunadas. Se va a llegar a la edad de cincuenta años enseguida. Entonces, se estima que, una vez que se llegue a vacunar a todas estas personas, se podrán abordar las medidas de contención sin grandes riesgos de presión hospitalaria. Estamos de acuerdo, nos vamos a abstener, se lo digo ya, nos vamos a abstener, pero estamos de acuerdo en que esto es un documento vivo y que, desde luego, ahora mismo es más eficaz avanzar en cohortes de edad y al ritmo de vacunación que llevamos, que ir desgranando grupo por grupo.

Desde aquí queremos agradecer a toda la ciudadanía navarra la elevada adherencia que está teniendo el proceso de vacunación. Solo el 4 por cien de las personas han rechazado una vacuna en Navarra. Queremos agradecer la actitud de los navarros y las navarras. Le veríamos más cabida a esta moción, desde luego, al inicio de la estrategia de vacunación, señora Ibarrola. Al ritmo que vamos vacunando, como ya le digo, y con la velocidad, estas personas, en breve van a estar vacunados. Muchos colectivos, enseguida se van a vacunar. Posiblemente algunos de ellos ya hayan recibido alguna dosis. Probablemente, de los que usted pone allí hayan recibido alguna o si no, la van a recibir los próximos días.

Es importante en el momento que nos encontramos de la campaña de vacunación frente al covid-19, queremos hacer una llamada de confianza en la propia estrategia y a la solidaridad y entender que en el contexto epidemiológico actual todos los esfuerzos deben centrarse en aquellos que puedan ver más afectada su salud o incluso a perder la vida por causa en contra el virus, sin desarrollar la enfermedad. Desde luego, este Gobierno y este Departamento sigue vacunando a pesar de todos los avatares y dificultades que nos vamos encontrando en el camino de la vacunación. Como han sido suspensión de vacunas, falta de suministros. No lo voy a volver a nombrar.

La meta la tenemos clara, 40 por ciento de la población navarra vacunada con al menos una dosis en junio y conseguir al menos ese 70 por ciento la población en septiembre. Y ese, desde luego, es el camino que se sigue este Gobierno priorizando a los más vulnerables y con mayor riesgo. Muchas gracias, mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Fanlo. Para terminar los turnos en contra tiene la palabra, por parte de Geroa Bai, la señora Ansa por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Muy buenas tardes. Gracias, señora Ibarrola, por la moción. Todos ustedes saben que Geroa Bai ha estado muy preocupado desde el principio y pendiente de la inclusión temprana de determinados colectivos en el calendario de vacunaciones. De hecho, nosotros trajimos en febrero, que es cuando creo que debía haberse hecho más fuerza en este sentido. En aquel momento, trajimos una pregunta e instamos al Gobierno a que trasladase al Interterritorial el que se incluyesen a los colectivos especiales de riesgo. No teníamos muy claros cuáles eran esos colectivos, porque tampoco los técnicos que se están pronunciando tienen muy claros qué colectivos hay que incluir. Pero nosotros presuponíamos que había una serie de patologías y problemas de salud que por sus propias características contribuían, además de la edad, a ser un factor de riesgo.

No tenemos ninguna duda que la edad ha sido desde el principio de la pandemia el factor de vulnerabilidad más alto. Lo fue en la primera fase cuando no teníamos ni vacunas ni herramientas para luchar. La mortalidad que hubo en personas, a más mayores, mucha más mortalidad, fue evidente. También en este momento la edad sigue siendo el factor más determinante. Estamos viendo cómo se va haciendo un corrimiento sistemático. En este momento, la UCI está llena de gente de cincuenta y sesenta años. Es decir, ya tenemos inmunizada a la gente más mayor, en un grandísimo número. Por lo tanto, estamos corriendo. La edad sigue siendo el factor realmente más potente de gravedad o más potente de riesgo a la hora de, no solamente de acabar en una UCI, sino de acabar falleciendo.

Sigo entendiendo que el debate que nosotros trajimos y que se trasladó, sí que, de alguna forma, tomó cuerpo en el famoso 7. Es cierto que se quedaron muchas patologías fuera. Yo sigo preguntándome por qué no incluyeron, no las que incluyeron, que me parecen evidentes, sino por qué no incluyeron otras. A mí me sigue pareciendo que patologías que están ligadas de alguna forma a los sustratos inmunológicos suponen un factor de riesgo añadido.

Es cierto que trasladamos esto al nivel técnico y el nivel técnico se ha pronunciado. Creo que podríamos pedirle que replanteasen en algunos en algunos casos este tema. Eso es evidente, pero esto habría que haberlo hecho muchísimo antes, porque en este momento el ritmo de vacunación está tomando tal velocidad que no solamente ya hemos vacunado a una enorme cantidad de estas personas, sino que además empieza ya a haber un cierto colchoncito un cierto colchón en el cual nos podemos ir beneficiando de ir progresivamente vacunando.

El otro elemento que hubo fue el tema de las profesiones. Evidentemente profesiones sanitarias y sociosanitarias, no había dudas. Pero sí que hubo un montón de controversia con que qué eran profesiones indispensables. Nos hemos ido tropezando con muchas personas, tanto a nivel individual, como grupos en los cuales consideraban que ellos y ellas tenían que ser vacunados con una mayor prontitud. Esto que a nivel humano es entendible, evidentemente, tiene que haber un criterio, con una mirada mucho más a largo plazo de lo que realmente hay que vacunar o no.

En este momento, en los colectivos de estudiantes o de familiares, probablemente ya no sean tan prioritarios como pudo ser en un momento dado, porque las personas mayores están vacunadas, ya las personas que tienen más riesgo están vacunadas. En ese sentido, creo que la vacunación de los estudiantes de Formación Profesional o de voluntariado, en este momento, no supone una ventaja grande, no supone. Porque aquellas personas que se pueden contagiar ya, de alguna forma, están protegidas. En ese sentido, eso creo realmente que no es, que no supone mucho.

El por qué nos vamos a abstener, esto tiene mucho que ver con la oportunidad o no de esta de esta moción. Si esto hubiese sido en febrero-marzo, que fue cuando nosotros planteamos, podíamos haber hecho más fuerza. Porque entonces sí que podía haber un motivo de salud suficiente como para hacer presión. Es decir, la idea no está mal. Yo la comparto la idea de en este momento tenemos que sopesar qué nos da más ventajas realmente a la hora de la inmunidad. El hacer una estratificación que puede quedar casi reducida al absurdo de número de variables que hay que cruzar o vacunar comunitariamente e ir bajando por edad.

Recordemos, la edad sigue siendo el factor más importante. En este momento, que ya ha empezado la vacunación de los menores de sesenta años. Que hay vacunas suficientes como para poder vacunar cuarenta mil personas en un breve tiempo. Que vamos muy rápido. En este momento, creo que la vacunación comunitaria es lo que más ventajas da a las personas más vulnerables al tema de edad, pero también a la comunidad en general. El vacunar sistemáticamente a la comunidad en este momento es lo que, además lo están avalando los técnicos, es lo que más ventajas da.

Entonces, no tiene tanto que ver el que compartamos o no la filosofía de la moción como que realmente, en este momento, no es oportuno cambiar la estrategia. Hace tres meses igual sí.

Ahora en este momento, yo personalmente creo que tenemos muchas más ventajas vacunando sistemáticamente y vacunando rápido. El alto nivel de cobertura vacunal es lo que realmente nos va a proteger a la comunidad. Y por eso es por lo que nos vamos a abstener, porque en este momento realmente no le veo que soporte ventajas, más allá de que individualmente, esto lo decía el señor González, a una persona le pueden vacunar cuatro días, cinco días antes, una semana antes. Y eso qué supone ni tan siquiera a nivel individual. No supone nada.

El estar estratificando y cruzando tantas variables como las que nos ha ido nombrando, que en este momento sin leerlas sería incapaz de repetir las, ¿nos supone ventaja? Personalmente, creo que no. Los técnicos, además, dicen que en este momento la estrategia comunitaria es la estrategia más eficiente que tenemos. Y yo individualmente puedo entender que una persona diga «Ya, pero mi familiar, mi amigo, mi vecino, se beneficiaría de esta poquita ventaja». Individualmente puede ser, pero con mirada de colectividad realmente las ventajas se pierden. Nada más.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. Para finalizar este segundo y último punto tiene la palabra la señora Ibarrola para su turno de réplica por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Muchas gracias, Presidenta. Mire, señora Ansa. Claro, si es que yo lo llevo diciendo desde el principio, esto no lo digo desde ahora, lo digo desde el principio. Si en febrero no debatimos la moción que ustedes presentaron, fue porque ustedes no la presentaron para debatir y la retiraron y se dieron, por lo visto, por satisfechos con el grupo 7 y las patologías que había incluido el Ministerio y que había adoptado el Gobierno de Navarra. No porque no fuera procedente debatirlo y mejorarlo. Porque hay algunas incongruencias, tales, como solamente por poner un ejemplo que sí las inmunodeficiencias primarias, pero no las secundarias. El riesgo para la persona es exactamente el mismo, lo sabe usted tan bien como yo. Es decir, margen de mejora había, evidente. Si se hubiera hecho antes, mucho mejor, pero queda todavía, quedan todavía muchos grupos numerosos por vacunar. No es cuestión de uno o dos días. Y si se puede hacer mejor y si se puede hacer mejor de forma sencilla, porque yo le aseguro que no es complicado, creo que es de justicia.

El decir que el beneficio no es alto, porque ahora voluntarios entren a residencias sin vacunar. Hombre, me pone un poquito los pelos de punta, se lo tengo que decir. Porque son muy eficaces las vacunas, pero sabemos que no al cien por cien. Y que, hombre, son entornos en los que se intenta blindar lo máximo posible. De hecho, son personas que todavía tienen muy limitadas las visitas de familiares, precisamente por un tema de seguridad. Y en cambio vamos con voluntarios sin vacunar, a hacerles labores de cuidado con contacto estrecho. Hombre, me chirría, se lo tengo que decir.

Y yo creo encima que usted seguramente esté a favor de esto. Su abstención no creo que tenga que ver con el convencimiento de que fuera en febrero o ahora. Seguramente tendrá que ver simplemente con que su formación forma parte del Gobierno y han dicho que no lo van a hacer y ya está. Entonces, resulta complicado defender algunas cosas, como le ha pasado en otras ocasiones, como por ejemplo en la moción del cribado neonatal. Seguramente irá más por ahí.

Son colectivos de grupos de edad que pueden perfectamente englobar cada uno 30.000 40.000 personas y siempre va a haber un criterio de priorización. Siempre. Será solo por edad, primero cincuenta y nueve, luego cincuenta y ocho, luego cincuenta y siete; será por barrios; será por orden alfabético; será por el que sea, pero hay siempre un criterio de priorización. Y que no tiene más riesgo uno de cincuenta y seis con muchas patologías que uno de cincuenta y nueve, usted y yo sabemos, perfectamente, que tampoco es así. Estratificarlo por riesgo es más justo, supone una mayor equidad y supone una mayor efectividad para reducir ingresos, UCI y muertes en este momento. Porque sabemos, insisto, que, si los mayores de setenta o de ochenta están protegidos, los que están ingresando ahora son los que tienen patologías de riesgo o factores de riesgo, que no los he nombrado todos, señora Fanlo. Afirmar esto, pues bueno.

Navarra tiene herramientas, el Ministerio tiene que acordar unos mínimos y lo entiendo, pero es que Navarra tiene herramientas para hacerlo mejor, ¿por qué ustedes no quieren hacerlo mejor, pudiendo hacerlo mejor? Es que no lo entiendo. Tenemos hasta las herramientas de estratificación poblacional que ayudan, igual no son perfectas, pero ayudan y estratificarían mejor que solo por edad. No comprendo.

Le rogaría, señora Fanlo, que no haga alusiones personales ni a... No es mi sociedad científica, pero si lo fuera no sé, supongo que le da igual. Que yo desprecio del Comité de Bioética, pero qué tonterías puede llegar a decir. Es que, ¡qué tonterías puede llegar a decir usted! No le parece ético vacunar antes a personas de la misma edad con factores o patologías de riesgo. Eso no le parece ético. No sé, a lo mejor también es menospreciar a los clínicos por su parte no tener en cuenta para nada. Como sabe que tienen problemas éticos cuando algunos de sus pacientes que tienen más riesgo. Mire, no tienen en este momento ninguna capacidad de decidir si pueden ir antes que otros o no. «Se vacunará – dice – prontísimamente a los pacientes con ELA». Tan prontísimamente como lo permita su edad, ni más ni menos. Porque no van a tener en cuenta en absoluto que sea un paciente con ELA. Porque no les ha dado la gana y ya está.

De todos modos, no me extraña que Navarra en algunas cosas esté como esté, sinceramente. ¿Qué guerra le da la señora Ayuso? Que es que estamos hablando solamente de Navarra, que yo no he nombrado a la señora Ayuso para nada. Entiendo que no tengan un buen día, de todos modos, porque quizás el varapalo que les acabo de dar del Tribunal Superior de Justicia de Navarra a su prepotencia a lo mejor les ha afectado un poquito. Tendrían que acostumbrarse a justificar mejor el impacto de las medidas y a evaluarlo, que todavía no han hecho. O a no ser la única comunidad que todavía no se había molestado en mandar los informes en tiempo y forma, y que éramos los únicos ciudadanos en todo el territorio español que no sabíamos qué iba a pasar.

En todo caso, termino, sinceramente se lo digo, me da pena que propuestas con el único objetivo de mejorar la gestión de la pandemia o la estrategia de vacunación, ustedes las menosprecien sin más de forma tan sencilla. Porque ponerse de acuerdo en esto creo que sería sencillo. Entiendo los criterios que puedan ser a nivel nacional, no todas las comunidades autónomas y repito, tienen las herramientas que tiene Navarra para poder haber hecho una estratificación más precisa y más justa acorde al riesgo individual.

Sigan con su prepotencia, con su seguidismo y solamente repitan cada vez que no hacemos propuestas o nos exijan la falta de crítica entendida solamente como su misión, porque ustedes

no son capaces de recoger ni siquiera propuestas en positivo. He de decirles que me sorprende, porque pensaba sinceramente que la iban a apoyar. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. Pasamos a la votación de esta segunda moción. ¿Votos a favor? (PAUSA). ¿Votos en contra? (PAUSA). ¿Abstenciones? (PAUSA). De acuerdo. Pasamos a la votación por vía telemática. ¿Señor Iriarte?

SR. IRIARTE LÓPEZ: Voto a favor.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): ¿Señora Llorente?

SRA. LLORENTE TRUJILLO: A favor.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): ¿Señora Álvarez? (PAUSA). A favor. No se le oye. Le entendemos por los labios, pero no se le oye. Se le entiende por los labios. ¿Señor García?

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: A favor.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): ¿Señora Garbayo?

SRA. GARBAYO BERDONCES: A favor.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Pasamos con la representante del Partido Socialista, ¿señora Unzu?

SRA. UNZU GARATE: Abstención.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): La representante de Geroa Bai, ¿señora Aramburu?

SRA. ARAMBURU BERGUA: Abstención.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Y por último, la representante de EH Bildu, ¿señora Ruiz?

SRA. RUIZ JASO: Bai.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): De acuerdo. Entonces queda aprobada la moción por 8 a favor y 5 abstenciones. Acabado este segundo punto en el orden del día, sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión. Buenas tardes a todos y a todas.

(Se levanta la sesión a las 17 horas).