

TRANSCRIPCIÓN PENDIENTE DE CORRECCIÓN.

BORRADOR PREVIO A LA EDICIÓN DEL DIARIO DE SESIONES

COMISIÓN DE SALUD

Sesión celebrada el día 21 de noviembre de 2013

Orden del día:

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre el procedimiento de custodia de los historiales médicos, control sobre el acceso y protocolo de actuación ante accesos no autorizados.
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre la situación por la que atraviesan los Centros de Atención a la Mujer, con especial referencia a los centros Andraize y El Ensanche.
- Pregunta sobre las condiciones del acuerdo/convenio entre el Departamento de Salud y el Igualatorio Médico Quirúrgico, presentada por la Ilma. Sra. D.^a Marisa De Simón Caballero.
- Pregunta sobre el incremento de las incidencias del cáncer de mama en mujeres que por edad no entran en la población de cribado de esta patología, presentada por el Ilmo. Sr. D. Samuel Caro Sádaba.

BORRADOR

(Comienza la sesión a las 16 horas y 36 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre el procedimiento de custodia de los historiales médicos, control sobre el acceso y protocolo de actuación ante accesos no autorizados.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Buenas tardes, señoras y señores Parlamentarios. Damos inicio a la Comisión de Salud, ante la cual comparece la señora Consejera, a quien damos la bienvenida, acompañada de su Jefa de Gabinete. Tenemos cuatro puntos en el orden del día; dos comparecencias y dos preguntas, y la primera de las cuales es para que la Consejera informe sobre el procedimiento de custodia de los historiales médicos, control sobre el acceso y protocolo de actuación ante accesos no autorizados. Esta es una comparecencia solicitada por el grupo de Bildu. Señor Jiménez Hervás, como portavoz, tiene la palabra.

SR. JIMÉNEZ HERVÁS: En esta legislatura, todavía Aralar/Na-Bai. En la que viene, probablemente, ya será otra cosa.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Suele ocurrir que, como casi siempre van en pareja y conjuntamente, por eso...

SR. JIMÉNEZ HERVÁS: No crea, señor Presidente, a algunos les gustaría que fuésemos más todavía.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Adelante.

SR. JIMÉNEZ HERVÁS: Señora Consejera, le doy por conocedora del tema que pretende este grupo tratar, que es la demanda presentada por tres ciudadanos en relación con que se produjo un acceso no autorizado a los historiales clínicos de los mismos por parte de David Iturbe Larena, médico de Atención Primaria parcialmente y, a su vez, Jefe Médico de la empresa Volkswagen, y dicha autorización –sin tener, en la vertiente que tiene que ver con Osasunbidea, ninguna relación con dichas personas en cuanto a ser pacientes del mismo– tenía como finalidad el posible uso de esos historiales

BORRADOR

en el ámbito de la empresa privada y en el ámbito que desempeñaba en la misma.

Dado que el acceso indebido a dichos historiales es una prueba que creo que la señora Consejera no pondrá en cuestión –porque el propio departamento así, en diferentes documentos, lo tiene reconocido, así lo tiene también reconocido el propio Colegio de Médicos, así lo tiene reconocido el propio juzgado y así lo tiene reconocido el propio Defensor del Pueblo–, lo que quiere saber este grupo, y por eso pedía su comparecencia, es qué tipo de protocolo de custodia de dichos historiales tiene Osasunbidea, qué control de acceso a los mismos, en este caso, para que no se produzcan situaciones como esta, donde se da un acceso indebido por un médico que no tiene ninguna relación con los historiales a los que accede y, cuando se detecta la actuación, qué hace el departamento en relación con ese acceso ilegal. Eso es lo que pretende, inicialmente, este grupo y eso es lo que pretendemos que nos conteste con su comparecencia. O sea que quedamos a la espera. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Consejera, tiene la palabra.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Bien, estoy un poco sorprendida porque la verdad es que la petición de comparecencia que usted me había remitido y a la que voy a tratar de responder hablaba, efectivamente, sobre cuáles eran los sistemas o los procedimientos de protección de los historiales médicos, el control sobre el acceso a los mismos, protocolos de actuación en el supuesto de que se conozcan accesos no autorizados... No sabía que quería usted hablar sobre el médico de Volkswagen o sus accesos en concreto. Si hubiera sido así, aunque me he enterado esta mañana por un medio de comunicación que hoy a la tarde íbamos a hablar de eso –aunque no era lo que estaba en la petición–, habría traído más información, pero la verdad es que no sé si le va a satisfacer, pero le voy a explicar cuáles son los procedimientos existentes y cuál es el proceder del Servicio Navarro de Salud en este sentido.

BORRADOR

Respecto a eso, le diré que el procedimiento existente para la protección de los historiales médicos de los pacientes y el control existente sobre el acceso a los mismos está recogido en el Documento de Seguridad, aprobado mediante Resolución 435/2013, de 4 de abril, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en cumplimiento de lo preceptuado en el Reglamento de Medidas de Seguridad aprobado en el RD 1720/2007 de 21 de diciembre. Y, en el mismo, se recogen las medidas técnicas y organizativas acordadas con el nivel de seguridad que en cada caso requieran los ficheros que contienen datos de carácter personal y los sistemas de información del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que contienen esos ficheros.

Las normas contenidas en el documento de seguridad son de obligado cumplimiento para todo el personal que disponga de acceso a los ficheros y sistemas de información, y entre sus objetivos está el de prevenir que se produzcan violaciones de la intimidad de las personas como concurrencia del tratamiento de la información por parte de Servicio Navarro de Salud.

Si les parece, vamos a ir viendo, punto por punto, en qué consisten estas normas, empezando por el control de acceso. Los usuarios de los sistemas de información de Servicio Navarro de Salud tienen acceso autorizado, únicamente, a aquellos datos y recursos que precisan para el desarrollo de sus funciones y actividades, siguiendo el principio de mínimo privilegio y siempre en relación con las tareas a desarrollar por el usuario. Y para ello, se ha establecido un sistema de control de acceso adecuado.

El alta y modificación de un usuario, así como la determinación de sus perfiles y permisos, se lleva a cabo siempre bajo previa petición del superior jerárquico de dicho usuario, dirigida al equipo encargado de gestionar las incidencias, quien habrá de gestionar la atribución de perfiles y permisos, así como la configuración de identificadores y contraseñas que pudieran ser necesarios.

Una vez creados los usuarios de las diferentes aplicaciones que tratan datos de carácter personal, es posible conocer la lista actualizada de los mismos, con sus permisos y atribuciones, a través de la herramienta de administración de usuarios de las diversas aplicaciones. En cuanto a la baja de

BORRADOR

un usuario, el departamento de Recursos Humanos debe comunicar la baja por correo electrónico.

Pero, además, existen mecanismos para dar acceso solamente a los datos necesarios. Por ejemplo, únicamente personal autorizado puede conceder, alterar o anular el acceso autorizado sobre los recursos, conforme a los criterios establecidos por el responsable del fichero. De la misma forma, el responsable del fichero o tratamiento establecerá un mecanismo que limite la posibilidad de intentar reiteradamente el acceso no autorizado al sistema de información.

En aquellos ficheros declarados de nivel alto, además de los puntos descritos, se mantiene un registro con los accesos a los sistemas igual al utilizado para el tratamiento de los datos de carácter personal. Se vela porque solo el personal autorizado en el documento de seguridad acceda a los lugares donde se hallen instalados los equipos físicos que den soporte a los sistemas de información.

En cuanto a la identificación y autenticación, para acceder a la Red del Gobierno de Navarra, es obligatorio identificarse por medio de un usuario y una contraseña personal e intransferible. Como llaves de acceso al sistema, las contraseñas deben ser estrictamente confidenciales y personales, y cualquier incidencia que comprometa su confidencialidad debe ser inmediatamente comunicada y subsanada en el menor plazo de tiempo posible.

Cada usuario es responsable de la confidencialidad de su contraseña y, en caso de que la misma sea conocida fortuita o fraudulentamente por personas no autorizadas, deberá registrarla como incidencia y proceder inmediatamente a su cambio. Para cumplir la normativa vigente y garantizar la correcta utilización de contraseñas, en Gobierno de Navarra, se ha definido una política de contraseñas que también se la puedo proporcionar, si lo desean.

En cuanto a la gestión de soportes y documentos, en cualquier traslado de soportes o documentos se deben adoptar medidas para evitar su sustracción, pérdida o acceso indebido. Asimismo, y para los ficheros de carácter personal de nivel alto, se cifra el contenido de los soportes que los

BORRADOR

contengan para evitar posibles accesos o manipulaciones indebidas durante la distribución de los mismos. Adicionalmente, se deben cifrar los datos que contengan los dispositivos portátiles cuando éstos se encuentren fuera de las instalaciones que están bajo el control del responsable del fichero.

Existe un servicio, dentro del catálogo de servicios del Gobierno de Navarra, que es el de cifrado de dispositivos: portátiles y *tablets*. Debe evitarse el tratamiento de datos de carácter personal en dispositivos portátiles que no permitan su cifrado. En caso de que sea estrictamente necesario, se hará constar motivadamente en el documento de seguridad y se adoptarán medidas que tengan en cuenta los riesgos de realizar tratamientos en entornos desprotegidos. Para el respaldo y la recuperación de ficheros, existen procedimientos que, en caso de fallo del sistema informático, permiten recuperar y, en su caso, reconstruir los datos de los ficheros.

Con respecto a la entrada y salida de datos por red y telecomunicaciones, las medidas de seguridad a los accesos a datos de carácter personal a través de redes de comunicaciones garantizan un nivel de seguridad equivalente al correspondiente a los accesos en modo local.

Y, con respecto al registro de accesos para los ficheros de carácter personal de nivel alto, se guarda para cada intento de acceso, como mínimo, la identificación del usuario, la fecha y hora en que se realizó, el fichero accedido, el tiempo de acceso y si ha sido autorizado o denegado. Si el acceso ha sido autorizado, se guarda la información que permite identificar el registro accedido. Este registro es el que permite a los responsables de seguridad examinar, bien a instancia de parte, bien de oficio, los accesos que se producen a las historias clínicas para determinar si dichos accesos están justificados o no.

Con esto, señoría, creo que he respondido a la primera parte de su pregunta, al procedimiento existente dentro del Servicio Navarro de Salud para la protección de los historiales médicos de los pacientes. Pasaré ahora a explicar cómo se lleva a cabo el control sobre el acceso a los mismos y el protocolo de actuación en el caso de que se produzcan accesos no autorizados.

BORRADOR

Para que la Administración Sanitaria mantenga la vigilancia y se asegure de que los profesionales sanitarios acceden a la documentación clínica solo para la finalidad de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento o para alguna de las restantes finalidades específicamente previstas en la legislación estatal y foral y para ninguna otra, en el año 2007, se creó y se constituyó un Comité para la realización de auditorías de historia clínica informatizada en el Servicio Navarro de Salud. Este órgano tiene carácter colegiado para integrar a representantes de todos los ámbitos asistenciales, de forma que pueda enriquecerse por los muchos matices que tienen las finalidades de los accesos a las historias clínicas.

Por Resolución 1579/2012, de 11 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se reguló el actual Comité de Auditorías de Historia Clínica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, quien realiza las auditorías de oficio de accesos a la historia clínica informatizada de acuerdo con los protocolos adoptados al efecto, evaluando si los accesos habidos en las historias clínicas de pacientes propios del Servicio Navarro de Salud, tanto en el ámbito de Atención Primaria, de Asistencia Especializada y de Salud Mental, han sido presuntamente legítimos o no.

Las auditorías tienen periodicidad anual, y se realizan sobre tres colectivos de ciudadanos: personas de notoria popularidad en la Comunidad Foral en aspectos políticos, deportivos, culturales, etcétera; personas elegidas de forma aleatoria y personas relacionadas con el mundo sanitario de Navarra y que hayan tenido episodios de morbilidad durante el último año. En total, se investigan anualmente los accesos a los historiales de unas cuarenta personas.

El Comité de Auditorías de Historia Clínica está integrado por responsables del Servicio de Sistemas de Información Sanitaria, responsables de Atención Primaria, de Asistencia Especializada, de Salud Mental y el Jefe de la Sección de Evolución de Sistemas de Información Sanitaria. Y pueden, también, formar parte del Comité, con carácter estable u ocasional, otros profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea cuya colaboración considere oportuna el propio Comité.

BORRADOR

Es el propio Comité el que determina el número de historias clínicas a auditar cada año que, como les digo, suele rondar las cuarenta. Una vez decidido el número, se realiza la selección de historias a auditar y se proporciona a los miembros del Comité la documentación con los accesos a las mismas, quienes examinan los accesos de los distintos profesionales a las historias clínicas seleccionadas. Posteriormente, se analizan los casos que se consideren problemáticos y se solicita información aclaratoria a los propios autores de los accesos. El Comité de Auditorías analiza las contestaciones recibidas y, en los casos que lo considera necesario, solicita nuevas aclaraciones complementarias.

En los supuestos en los que no se puede concluir la legitimidad de los accesos analizados, por no haber encontrado motivos asistenciales o de otro tipo legalmente posible para dichos accesos, ni aclararse por los afectados, a juicio del Comité y de este Servicio, se eleva a los órganos competentes el informe correspondiente para que se incoen los expedientes disciplinarios que procedan, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Foral 117/1985, de 12 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Régimen Disciplinario de los funcionarios públicos de Navarra.

Pero, además, una vez se tiene constancia de que ha habido un acceso ilegítimo por parte de un profesional, se le hace un seguimiento especial y continuo. Ni siquiera se espera a la auditoría anual sino que, desde el Servicio de Seguridad de la Información, se vigila sistemáticamente que esa persona no vuelva a vulnerar las normas. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Jiménez Hervás, adelante.

SR. JIMÉNEZ HERVÁS: Señora Consejera, permítame que empiece diciendo que me sorprende y me preocupa la forma en que ha empezado usted la comparecencia, en el sentido de que no podía imaginarse que se iba a referir este Parlamentario al tema Volkswagen porque ¿es que existen otros? ¿Son tantos y tan habituales los accesos indebidos a los historiales médicos para que, a usted, uno que ha tenido un largo recorrido le pille por sorpresa? ¿Cuántos detecta, de oficio, esta Comisión? Porque dice “cuarenta

BORRADOR

auditorías anuales sobre quinientos o seiscientos mil expedientes médicos”. No parece un porcentaje excesivamente claro si, además, seleccionamos a políticos, deportistas y personas de relieve –que serán, lógicamente, los que todo el mundo procure no meter el morro– no parece un sistema excesivamente... para controlar un tema tan delicado. Porque empieza usted, en su comparecencia, diciendo que “únicamente se autoriza a aquellos datos y recursos que precisan para el desarrollo de su funciones y actividades y con la autorización de un superior jerárquico”. Oiga, señora Consejera, y al señor David Iturbe Larena que, además de médico del Servicio Navarro de Salud en San Juan, es el Médico Jefe de la empresa Volkswagen, ¿qué superior jerárquico le autorizó el acceso a historiales médicos de pacientes que nunca han estado en su consulta e incluso viven en otros pueblos diferentes? Según el procedimiento que usted nos dice, ¿qué superior jerárquico le ha autorizado esos accesos a personas que no son pacientes suyos ni nunca lo han sido? Es que usted nos está dando una explicación que se cae por sí sola, en relación con eso.

¿Cuántos detecta de oficio? Con ese porcentaje y con ese nivel de control, lógicamente, no detectará, de oficio, mucho, pero sí es plenamente consciente, en el caso que estamos hablando, de que esta denuncia presentada tenía un elemento complementario que no se puede permitir, y es que se había accedido a los historiales médicos para el uso privado, en este caso, como médico de empresa privada y para intentar extraer datos para juicios que había en dicha empresa contra dichos trabajadores. Y eso lo dice el Defensor del Pueblo y el juzgado que reconoce los hechos, aunque bien dice que no se puede demostrar que, en el juicio, los datos extraídos hubieran servido para modificar el desarrollo del mismo y, por lo tanto, no hay responsabilidades penales para el médico infractor que el propio juzgado sí reconoce los hechos de acceso indebido a los mismos.

Dice el Defensor del Pueblo que se han vulnerado los derechos fundamentales de la protección de datos de estas personas y dice que recomienda al departamento que tome nota al respecto y que dé traslado a la Agencia de Protección de Datos de la situación y del expediente. Y el propio departamento dice que reconoce la gravedad y el acceso indebido a los

BORRADOR

historiales, pero que como, según el régimen disciplinario de acceso a los mismos, que es de un solo año de duración, en casos graves, como reconoce el propio departamento, ha prescrito y que, por lo tanto, no tiene intención de hacer nada. Pero, cuando el Defensor del Pueblo le dice que cree que el tema es lo suficientemente grave para que sea trasladado por el departamento a la Agencia de Protección de Datos, lo dice, entre otras cosas, porque la Agencia de Protección de Datos, en su artículo 46.2 sí establece que, cuando se producen accesos indebidos a ficheros públicos, esta Agencia sí está en condiciones de abrir expedientes de investigación al respecto, sin que esté, para nada, sometida al proceso disciplinario que tiene para los funcionarios públicos el Gobierno de Navarra y que prescribe la falta grave a lo largo de un año.

Por lo tanto, el Defensor del Pueblo recomienda dos cosas: que, de oficio, el departamento traslade a la Agencia de Protección de Datos la denuncia y el expediente para que tenga conocimiento del mismo y, además, le dice que debe dictar medidas para evitar que esto vuelva a ocurrir. Sorprende mucho la contestación del departamento, que la tengo aquí y dice “le informo de que no vamos a proceder a trasladar el asunto a la Agencia Española de Protección de Datos porque entendemos que, por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se han adoptado todas las medidas oportunas de las que le dimos conocimiento en su escrito anterior”. No era ninguna. ¿Saben lo que era? Era reconocer el hecho, reconocer que era una falta grave y considerar que estaba prescrita. Solo eso.

Y ahora, se encara con el Defensor del Pueblo por esta recomendación y le dice: “Además y con todo respeto, creemos que la recomendación es innecesaria ya que, si usted entiende que procede, hágalo usted mismo”. Toma ya. Y lógicamente, el Defensor del Pueblo les contesta, en el último escrito, de 14 de noviembre –es decir, de hace cuatro días–, a los que presentan la queja, que “una vez que ha recomendado al departamento esos pasos, a la vista de la negativa por parte del Departamento de Salud, le comunico que, con esta misma fecha, he remitido yo mismo a la Agencia de Protección de Datos la queja”.

BORRADOR

Esa es la realidad, señora Consejera, no la que usted nos ha traído en su escrito. La realidad es que ni el acceso se hace, según usted ha dicho aquí, que es con autorizaciones solamente en aquellos casos donde está ligada directamente al desarrollo de su función como médico, ni solo a los pacientes que están bajo su... esto, ni con una autorización de un ámbito jerárquico superior, ni con un sistema de detección que permite comprobar este tipo de abusos y, cuando ocurren, resulta que su departamento dice que no tienen intención de hacer nada al respecto, que como el reglamento disciplinario de funcionarios públicos de Navarra la falta grave la considera una prescripción de un año y ya ha pasado, no van a hacer nada y que no van a remitir ni siquiera a la Agencia Española de Protección de Datos. Esta es la realidad, señora Consejera.

Y esto tenía que ver con este caso que es... la teoría y el papel, como se suele decir, lo sostiene todo y eso es lo que usted nos ha traído: un papel escrito, pero, en este caso, el hecho concreto lo deja absolutamente a ras de suelo. Su teoría se cae por sí sola porque, desde la primera línea a la última, resulta que un hecho tan contundente como este y tan evidente que ha sido considerado como probado por todas las partes, incluido su departamento, su actuación, desde el principio hasta el final, va radicalmente contraria a lo que nos está contando. Ese es el tema y esa es la gravedad del asunto, señora Consejera: que un hecho tan delicado como este, que es acceder a historiales médicos privados para un uso interesado, en este caso, de un médico de una empresa privada para hacer uso de ellos en un juicio, contra las personas, a su departamento se la trae al paio.

Ese es el problema y eso es muy grave, porque usted tiene la responsabilidad de garantizar los derechos de privacidad de esos historiales clínicos. Y, por lo tanto, lógicamente, lo que nos ha trasladado no nos convence, no nos tranquiliza, sino todo lo contrario. Ha empezado preocupándonos desde el principio, cuando ha dicho que se siente sorprendida porque, entonces, simplemente, quizás es que hay muchos más. Este se ha descubierto por lo que se ha descubierto –por un juicio–, pero quizá haya muchos más y ustedes no nos los cuentan. Gracias.

BORRADOR

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Comenzamos el turno de portavoces. Señor Pérez Prados, por UPN.

SR. PÉREZ PRADOS: Muchas gracias, señor Presidente. Bien, efectivamente, lo que pregunta el señor Jiménez Hervás en la solicitud de comparecencia es el procedimiento existente dentro del Servicio Navarro de Salud para la protección de los historiales médicos de los pacientes y el control existente sobre el acceso y el protocolo de actuación existente en el supuesto de que se conozcan accesos no autorizados en general y no pone, en ningún caso, en particular.

Y hoy, en la presentación, nos habla de un caso concreto, con nombre y apellidos, David Iturbe Larena, al que no hace referencia, en ningún momento, en su solicitud escrita de comparecencia. Entonces, ¿por qué hace eso? ¿Por qué, si le interesa este caso en concreto, no lo pone en el escrito como lo ha hecho en la presentación de la pregunta, que nada tiene que ver con lo redactado? Aquí se pregunta por una situación general y un procedimiento general, y ahora resulta que lo que quería decir era uno muy concreto. ¿Y por qué no lo dice así?

Tal y como nos lo ha relatado, resulta que aparece hoy publicado en un medio de información y comunicación y el hecho de que salga publicado en un medio de información y comunicación ¿es casual, señor Jiménez Hervás? ¿Es una coincidencia debida a la casualidad que se refiera, además, en el texto, a que hoy se va a tratar, aquí, ese caso concreto, cuando usted ni lo preguntó ni se deduce del contexto y del escrito en absoluto que se va a tratar de eso? ¿Por qué ese medio lo sabe?

SR. JIMÉNEZ HERVÁS: Porque los denunciante se lo han pasado.

SR. PÉREZ PRADOS: ¿Los denunciante se lo han pasado? ¿Y usted cómo sabe que se lo han pasado los denunciante? Es que sabe mucho, usted, de estas cosas. No sé qué información tiene. Entonces, ¿para qué utiliza la experiencia que tiene en este Parlamento para crear estas situaciones y estos juegos? Si quiere exactamente que se le conteste sobre un aspecto concreto, pregunte sobre ese tema o aspecto concreto y no ande

BORRADOR

enmascarando esa solicitud para no se sabe qué objetivo, aunque se adivina, pero no se sabe qué objetivo.

Poco más que añadir porque, efectivamente, yo también, a la vista de la pregunta me he ido a analizar y estudiar la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, a ver qué dice, y el Real Decreto 1720/2007 de Medidas de Seguridad que la desarrolla y la Resolución 4/35 del Director General del Servicio Navarro de Salud que es por lo que usted preguntaba, pero ya veo que no le interesaba para nada lo que pregunta y tratar esos aspectos, le interesaban otras cosas que, efectivamente, aunque usted Navarra lo haya dicho, el medio de comunicación sí que informa de que el doctor Iturbe Larena resultó absuelto del delito de descubrimiento y revelación de secretos, en el año 2011, y es a partir de ahí cuando los interesados empiezan a preguntar al Departamento de Salud, etcétera.

Bien, espero que, aunque no sea ahora, porque no tiene posibilidad de respuesta, en otro momento, nos aclare la pregunta. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Por el grupo parlamentario socialista, señora Esporrín, tiene la palabra.

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: Muchas gracias, buenas tardes. A la vista de la explicación del señor Jiménez Hervás, también nos hemos enterado del fondo de la cuestión que era. No era una pregunta genérica, sino que era muy concreta y sí que hubiera facilitado un poquito, quizás, el conocer el texto o el caso concreto a que se refería e, igual, en ese caso, la información que habríamos obtenido de la Consejera habría sido mejor porque, evidentemente, ha sido una respuesta genérica, probablemente, a una pregunta genérica también.

En cualquier caso, no deja de preocuparnos el tema. Quiero decir, que no se haya dado la respuesta adecuada, quizás –la pregunta no era tampoco muy exacta, como digo–, pero sí que, si ya hablamos del caso concreto, nos preocupa la seguridad de las personas que son atendidas dentro del Servicio Navarro de Salud, la seguridad, la confidencialidad de los datos y, efectivamente, si estamos arropados por las leyes que se dan en esta

BORRADOR

materia, así como por la Agencia de Protección de Datos a la cual tenemos derecho.

Esta sentencia, por lo visto, ya se inició este caso en 2006 y en 2007 y está juzgado en 2011, y parece que no se derivaron de ello consecuencias especiales en esta materia. Sí que llama, también, esto un poco la atención porque, en otros casos que ha habido del Servicio Navarro de Salud, ha habido unas consecuencias económicas y también laborales –si no recuerdo mal– contra algunos trabajadores en algunos casos que se han producido. En cualquier caso, lo único que nos queda por preguntar serían dos cuestiones: en primer lugar, si se recurrió esta sentencia, si tenemos conocimiento para ello.

En cualquier caso, también nos llama la atención la respuesta de la magistrada que, aunque, por supuesto, como siempre, acatamos todas las resoluciones que se producen en los tribunales, el que no descubriera unos datos que no conociera ya ese médico, quizá, yo entiendo, desde mi corto entender, probablemente, que no quiere decir que eso no habría podido encontrarlo si hubieran sido unos datos relevantes para la cuestión que estuviera mirando. Quiero decir, que una vez que ha mirado y ha dicho “no he descubierto nada”, eso no quiere decir que no podía haber encontrado y que no podía haber vulnerado secretos o asuntos que no tenía por qué tener a disposición pública si hubiera sido un médico que no fuera del Servicio Navarro de Salud.

También nos gustaría saber si conocemos si se recurrió esta sentencia o realmente ya es firme, si tienen conocimiento, que igual no lo tienen, pero le queríamos hacer esa pregunta y también si, desde que usted está, se han incrementado las medidas de seguridad en esta materia y el acceso restringido a personas que, efectivamente, estén implicadas o que deban tener acceso a esos historiales concretos. Y nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Ruiz, por Bildu. Adelante.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, Presidente jauna. Arratsalde on guztioi, buenas tardes a todos y a todas y bienvenidos, señora Vera y su equipo. Lo

BORRADOR

primero que tengo que decir es que me llama la atención el procedimiento que usted nos ha expuesto hoy aquí, tan exhaustivo, referente al control de acceso, a la identificación y autenticación de las personas que acceden a las historias clínicas, a la gestión de soportes y documentación, el registro de acceso, etcétera. De hecho, y remitiéndome al control de acceso, los usuarios de los sistemas de información de Osasunbidea tienen acceso autorizado únicamente a aquellos datos y recursos que precisan para el desarrollo de sus funciones y actividades siguiendo el principio de mínimo privilegio y siempre en relación con las tareas a desarrollar por el usuario y que, para ello, se ha establecido un sistema de control de acceso adecuado. Eso es lo que usted nos ha relatado. Y esa es la teoría.

Estamos hablando de una petición genérica, pero que, obviamente, la teoría luego hay que contraponerla a la realidad, a casos concretos. Aquí estamos hablando de un caso concreto, también. Entonces, ante la teoría que usted nos expone y leído lo que usted nos acaba de contar respecto al control de acceso, lo primero es preguntarle –y espero que en la réplica aunque sinceramente creo que el portavoz de UPN le ha ahorrado gran parte de la réplica porque ha ido más a la forma que al fondo– si, a la vista de lo expuesto, cree usted que el sistema de control de acceso, tal como nos ha dicho ahora mismo, es el adecuado. Es una pregunta directa: Si, a la vista de casos concretos como este que ha salido, que ha relatado el señor Jiménez Hervás, sigue creyendo y afirmando que el registro de control de acceso es el adecuado.

En cualquier caso, yo creo que estamos hablando de un tema preocupante en el que hay dos cuestiones, desde luego, yo creo que graves: una, el derecho que, como usuarios y usuarias de Osasunbidea y como cualquier trabajador y trabajadora, en este caso, nos asiste, a que nuestros datos sean privados y a que solo tengan acceso los profesionales que los vayan a utilizar y, por otra parte, me parece muy preocupante –y ya lo ha dicho también el señor Jiménez– que quepa la posibilidad de que se usen datos que la Administración Pública tiene la obligación de salvaguardar y que se puedan utilizar esos datos en beneficio del interés privado porque, precisamente –no hace muchos meses tuvimos una comparecencia con el

BORRADOR

tema de la futura Ley de Mutuas, un real decreto que hace meses que a nivel estatal está gestándose o maquinándose—, usted, como Consejera, y el Gobierno de Navarra, mostró su reticencia y una de las reticencias era que ese borrador de decreto pudiera permitir un acceso indiscriminado a los historiales clínicos, y de eso estuvimos hablando, con el riesgo que conlleva. Y eso, a nivel estatal, es lo que se está gestando y parece ser que es lo que viene: una privatización de la salud de los trabajadores y trabajadoras, que es lo que se está pretendiendo desde el Partido Popular, desde luego.

Pero aquí tenemos un caso muy concreto y es que una persona, valiéndose de un cargo público, de ser profesional en la sanidad pública, pero que, al mismo tiempo, compagina su tarea como profesional de una empresa privada, se valga de ese cargo público, de ese trabajo público y de esos datos que la Administración, repito, tiene la obligación de salvaguardar —para respetar el derecho de todos los usuarios y usuarias y todos los trabajadores que accedemos al sistema público— para un interés que no es su salud; es un interés privado.

Yo creo que aquí hay dos cuestiones —y con esto voy acabar—: una, la responsabilidad de la Administración, desde luego, y le vuelvo a repetir si sigue creyendo que el control de acceso es adecuado —porque a la vista está que parece que no— y qué nivel de responsabilidad... claro usted, como máxima responsable del Departamento de Salud, algo tendrá que decir de este tema, aunque la petición haya sido genérica, pero algo tendrá que decir, digo yo. Porque aquí, estaremos todos de acuerdo, espero, y el portavoz de Unión del Pueblo Navarro... me hubiera gustado que hubiera hablado del fondo. Le ha ahorrado usted la réplica a la Consejera. Se la ha ahorrado, pero es que para eso está la Consejera. Usted es portavoz de un grupo parlamentario y, al menos a mí, me habría gustado que hubiera hablado del fondo pero, en cualquier caso, repito, hay dos temas: uno es, como responsable máxima de la Administración Sanitaria, ¿qué tipo de responsabilidad cree que tienen usted y su departamento? Y, por otra parte, a la vista de que es un tema que sale ahora mismo aquí, en Comisión parlamentaria, pero es un tema que al parecer ha estado en tribunales, en la prensa, ha tenido acceso y ha tenido intervención directa también el Defensor

BORRADOR

del Pueblo, ¿qué medidas se van a tomar respecto al control de acceso de los historiales clínicos y, desde luego, a mí me llama muchísimo la atención que, con un procedimiento tan exhaustivo que usted nos ha relatado hoy aquí, lo último que ha dicho haya sido que una vez se tiene constancia de que ha habido un acceso ilegítimo, se le hace un seguimiento especial y continuo, se vigila sistemáticamente que esa persona no vuelva a vulnerar las normas. El Gran Hermano. Más allá de eso, ¿qué? ¿No se toma ningún otro tipo de medidas? Lo que nos ha relatado usted. Por tanto: responsabilidades y, por otra parte, qué medidas respecto al control de acceso y, desde luego, cuando se constata que ha habido accesos ilegítimos, qué medidas concretas se toman por parte del Departamento de Salud, que no nos ha explicado en absoluto, más allá de la vigilancia continua. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señor Martín, por el grupo popular. Adelante.

SR. MARTÍN DE MARCOS: Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías. Buenas tardes, Consejera y Jefa de Gabinete. Simplemente, voy a intentar ser muy breve. Le agradezco la información que nos ha facilitado. Desde luego, para nosotros, la respuesta que usted ha dado se concreta en la información que se le solicita en la comparecencia –eso es claro para nosotros– y, desde luego, también entendemos que preocupe la seguridad cuando se habla de datos de carácter personal y, sobre todo, de datos que afectan al ámbito sanitario.

En este sentido, yo les voy a hablar como portavoz del Grupo Parlamentario Popular, pero, sobre todo, como usuario de historia clínica informatizada y, desde nuestro punto de vista, el Departamento de Salud cumple con la normativa de confidencialidad y protección de datos. Y hay que decir que las medidas de seguridad son prioritarias, tanto en el proceso de informatización como en el proceso de acceso a los datos, sobre todo, de acceso inalámbrico a los mismos. Hay que decir que la responsabilidad de consultas indebidas en el historial clínico, en último caso, es del profesional que accede a esa historia clínica de manera indebida aunque, desde luego, la responsabilidad civil subsidiaria recaiga en el Servicio Navarro de Salud y,

BORRADOR

como ya he dicho, la confidencialidad y el secreto profesional, en cuanto a los datos personales y sanitarios, están sujetos a normativa de la Ley General de Sanidad y de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

Miren ustedes, en la historia clínica informatizada, sobre todo, en lo que se refiere a la asistencia especializada –también en la Atención Primaria– están contempladas unas condiciones de uso que están escritas en la historia. Les voy a leer algún extracto de las instrucciones que dice: “legamente, usted solo está autorizado a acceder a las historias clínicas de los pacientes en los que está implicado en su proceso asistencial, que forman parte de un estudio formal y protocolizado o petición de informe o peritaje legal. Los accesos por otro motivo no son legales. Todo usuario, sanitario o no, está sujeto a guardar la confidencialidad que obliga la ley general de sanidad y la ley orgánica de protección de datos personales. Recuerde que todos los accesos a una historia clínica quedarán registrados de la forma siguiente: identificación, estación, fecha, hora y área de historia clínica consultada, demográfico, clínica y laboratorio. Los accesos no autorizados y la falta de confidencialidad podrían ser constitutivos de delito tipificado en el Código Penal”. Esto viene en las instrucciones, en la página de ayuda de la historia clínica informatizada.

Pero, hasta que se accede a un paciente, en la historia clínica informatizada, aparecen varios filtros en los que, textualmente, se advierte de que “todo usuario de esta aplicación está sujeto al secreto profesional, aun en el caso de no ser personal sanitario. No está permitido el uso indebido de la información contenida en esta base de datos. Recuerde que su identificación y los accesos que realice quedan registrados”. Esto era el primer paso. Este es el segundo paso antes de entrar en una historia clínica de un paciente. Por lo tanto, todos los movimientos quedan registrados y, como ya ha dicho la Consejera, se hacen auditorías periódicas que corren a cargo del Comité de Auditorías de Historia Clínica Informatizada, y ha dicho que se hacen de oficio, excepto que haya una denuncia expresa, cogiendo pacientes al azar, pacientes de renombre social importante o incluso pacientes que tienen un proceso de morbimortalidad de interés sanitario en Navarra.

BORRADOR

Indudablemente, a nivel de usuario y por el conocimiento que tenemos, nuestro grupo parlamentario cree que las medidas de seguridad son las adecuadas. Nunca son suficientes; siempre hay posibilidad de acceder indebidamente a la historia. Hay antecedentes, en el Servicio Navarro de Salud, de expedientes informativos e incluso expedientes disciplinarios y sanciones a profesionales que han accedido indebidamente a historia clínica informatizada y, para terminar, lo único que debería plantearse, desde nuestro punto de vista, es la utilización, en el acceso a historia clínica informatizada, de la tarjeta criptográfica porque muchas veces, cuando el profesional accede, a veces, no se da cuenta de cerrar cuando deja el puesto de control y puede acceder, en su nombre, algún otro profesional a los datos de interés personal. Por lo tanto, la única mejora que, en este momento, yo considero que deberían de plantearse es la utilización de tarjeta criptográfica para acceder a los datos de historia clínica informatizada. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora De Simón, por Izquierda-Ezkerra. Adelante.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señor Presidente. Eskerrik asko. Arratsalde on. Buenas tardes, señorías. Buenas tardes, señora Vera, señora Borruec y gracias, tanto por la información que nos ha dado como por el documento escrito. Yo creo que todos y todas hemos dejado constancia de la importancia que tiene limitar y asegurar un uso debido del acceso a la historia clínica de los pacientes.

Cuando se produce un acceso indebido, es un tema muy grave y, por lo tanto, su tratamiento tiene que ser muy preciso y, evidentemente, como han dicho aquí, también, es muy delicado. Usted ha presentado hoy un sistema de control previsto al efecto que para nosotros –bajo mi punto de vista– es un sistema correcto y adecuado, pero de lo que se trata aquí es, además, de evitar el uso –que es lo que trata el control– indebido del personal, bien sea del personal autorizado o bien sea de personas que no están autorizadas. En este sentido, yo sí que quería hacer una reflexión o una crítica constructiva respecto a la auditoría de las historias clínicas que, desde luego, yo creo que

BORRADOR

es un método excelente para conocer, no solo casos en los que se esté dando un uso indebido, sino la situación general o global en relación con este posible acceso indebido a las historias clínicas.

Entonces, en este sentido, a mí me parece que cuarenta historias auditadas cada año, teniendo en cuenta que hay un porcentaje de esos cuarenta –no todos están elegidos al azar–, una parte importante referida a personas de notoria popularidad en la Comunidad Foral y a personas que hayan tenido episodios de morbilidad en el último año, en estos casos, sobre todo a las personas reconocidas por su trabajo, por su vinculación política, están más pensadas para respetar la intimidad de estas personas, pero yo creo que eso da un sesgo a la significatividad de la muestra.

También entiendo que este cuarenta también da un sesgo a la significatividad de la muestra, en la medida en que estamos hablando de cuarenta casos de un total de cientos de miles de historias clínicas que hay en Navarra. Por lo tanto, esto solo es una sugerencia para que valore si esas cuarenta historias –ya sé que han sido recomendadas por entidades y personas de alto prestigio– podrían aumentarse a alguna historia más. Nada más y muchas gracias.

Ah, y una pregunta tenía, perdone. Ya sé que no era el tema de la comparecencia, pero, ya que ha salido y si usted tiene a bien contestar, me gustaría saber si el Gobierno de Navarra se va a personar en el caso del doctor Iturbe. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Consejera, su turno para replicar.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Yo tengo a bien contestarle todo lo que sepa. Si no le digo alguna cosa es porque no la sé. Primero, me gustaría dejar clara una cosa y es que es muy importante establecer los controles de acceso porque nos garantizan a todos el derecho de que nadie entra en nuestra historia para hacer un uso indebido, pero es que las historias no se pueden cerrar. ¿Por qué no se pueden cerrar? Aunque yo creo que es obvio, hoy a la tarde, aquí, no se ha

BORRADOR

dicho y es que, si ponemos unos controles de acceso muy grandes, podría ocurrirnos que a uno nos ocurra algo y que un médico no pueda acceder a nuestra historia porque no es un profesional del entorno de Atención Primaria que sea el nuestro, por ejemplo, o un profesional que nos ha atendido en otro momento en Asistencia Especializada.

Entonces, los sistemas que establecemos como controles tienen que compatibilizarse con la libertad de acceso para que también el derecho que tenemos todos a ser bien atendidos pueda cumplirse. Porque, si no, sería muy fácil: con restringir totalmente el acceso excepto cada médico de familia a sus pacientes y, luego, cuando es derivado a un especialista, solo ese especialista pero ¿qué ocurre si estamos desplazados, por ejemplo, no en la localidad donde estamos y nos ve otro médico de urgencias? ¿O qué ocurre si, de urgencias, vamos al hospital y nos tienen que operar? Querremos que puedan acceder a nuestra historia. Entonces, hay que tratar de compatibilizar las dos cosas.

Dicho esto, y aunque el señor Hervás... cuando he visto hoy en el periódico que íbamos a tratar de algo que yo no sabía que íbamos a tratar, sí que he preguntado algo sobre ese caso o ese tema que, como usted dice, no es que haya muchísimo más, pero ha habido alguno más y le voy a contar los que ha habido para que vea que, aunque usted dice que no hacemos nada, sí que se hace.

Respecto a este tema, a este señor no se le pudo abrir un expediente porque eran hechos del año 2006 que fueron denunciados en 2012 por los trabajadores a los que les afectaba esto, seis años después –tampoco sé por qué, pero que fueron denunciados seis años después– y el expediente disciplinario dice que la infracción ha prescrito en un año y que, por eso, no se podía abrir el expediente. Si no, no tenga la menor duda de que lo hubiéramos abierto, como lo hemos hecho en otros casos. De hecho, el año pasado, abrimos diez expedientes informativos.

También, respecto a este señor –y usted lo ha dicho–, resultó absuelto del delito de descubrimiento y revelación de secretos y el fallo aseguraba que el acceso no le había permitido conocer datos médicos que no estuvieran en

BORRADOR

el expediente del servicio médico de Volkswagen y también el Colegio de Médicos estuvo en la misma tesitura que nosotros y no pudo hacer nada porque la reclamación de los trabajadores les llegó fuera de plazo. Eso no quiere decir que el hecho no se hubiera producido; nosotros hemos reconocido que se había producido.

Me dice usted: “no han hecho nada”. Sí hemos hecho: a este señor le hemos hecho auditorías, después porque, cada vez que a un profesional se le ha detectado algún acceso injustificado o no adecuado, lo que se hace es hacerles, además de auditorías aleatorias, un seguimiento; ese es el seguimiento que se les hace, señora Ruiz. Se les hace auditorías para ver si han hecho algún acceso no legítimo y se les sigue haciendo un seguimiento especial y continuo sin esperar a la auditoría anual. Nada más ponerse este hecho en conocimiento nuestro, se le hizo una auditoría. Y el resultado es que este profesional no ha vuelto a realizar ningún acceso ilegítimo.

Respecto al Defensor del Pueblo, que me decía usted, la Agencia de Protección de Datos no puede sancionar a una Administración Pública; no sé si lo sabe usted o no. Quiero decir, al final, la remisión del expediente, lo que sí que puede hacer es proponernos medidas de mejora. No obstante, dado que, como ya les he indicado, en este asunto, hemos adoptado todas las medidas necesarias para determinar la existencia de actuaciones incorrectas y que, posteriormente, se ha hecho seguimiento al médico en cuestión para asegurarnos de que no haya accesos ilegítimos, creemos que no es necesario trasladar el asunto a la Agencia Española de Protección de Datos.

No obstante, como usted ha dicho, si el Defensor del Pueblo sí lo considera necesario... pero no es porque no tengamos sistemas adecuados de control; es que creemos que sí los tenemos y, de todas maneras, dice “¿cuántos casos tienen que ocurrir, señora Ruiz, para decir que no tenemos sistemas adecuados? De los cientos de miles de accesos, ¿qué sistema de control le parece a usted adecuado para que no se produzca, cuánto? ¿Una? ¿Dos? ¿Tres? ¿Cinco? ¿Diez? ¿Qué porcentaje? Nosotros estimamos que los sistemas de control que tenemos son adecuados. Si no, lo que se podría hacer es, obviamente, auditar todos los accesos de todos los profesionales y

BORRADOR

así nos aseguraríamos de que no hay ningún acceso ilegítimo. Si usted conoce algo de sistemas de control para cuestiones de estas o de otras, sabrá que se hace con una base de una muestra significativa y que, así, se establecen los controles. No obstante, siempre hay que establecer, luego, unas medidas ya no de control sino, en esos casos concretos, para paliar los efectos negativos que puedan tener cuando el control falla.

Tenemos permisividad—ha dicho usted— con este tipo de infracciones en el Servicio Navarro de Salud. No es así. Yo creo que, en este mismo foro, ya hemos hablado de algún otro caso que ha ocurrido en el Servicio Navarro de Salud. Por ejemplo, en el mes de marzo, iniciamos expedientes de reintegrado de una indemnización por responsabilidad patrimonial a la que se había condenado al Servicio Navarro de Salud por accesos ilegítimos a una paciente a los responsables de dichos accesos. Y tiene aquí, si quiere, el recorte de periódico que también lo explicó. Es decir, permisividad, no.

Y, además, durante el año 2012, el Comité de Auditorías auditó los accesos realizados a 32 historias clínicas, 5 de personas de notoriedad pública, 7 del propio Servicio Navarro de Salud y 20 elegidas de forma aleatoria; todos ellos con procesos clínicos ocurridos en el año 2012. Se examinaron los accesos de los distintos profesionales a las historias clínicas, acordando solicitar información aclaratoria en 80 casos. Se revisaron las contestaciones, se volvió a solicitar aclaración complementaria a 15 casos de esos 80 y, valoradas las aclaraciones complementarias, finalmente, quedaron 9 en los que no se pudo concluir la legitimidad de los accesos analizados.

El Jefe del Servicio de Seguridad de la Información elevó a las direcciones en las que están destinados los nueve trabajadores señalados las conclusiones para la incoación de los correspondientes expedientes disciplinarios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6.h del Decreto Foral 117/1985 de 12 de junio, por el que se aprueba el reglamento de régimen disciplinario de los funcionarios públicos de Navarra. Pero, además, en el año 2012, se realizaron dos auditorías más de accesos de oficio a consecuencia de una reclamación, y hemos tenido once solicitudes de pacientes solicitando aclaraciones por accesos a su historia clínica porque,

BORRADOR

además, por si no lo sabe, también, Navarra es la única comunidad autónoma en que a cualquiera de nosotros se le permite que le digan quién ha accedido a su historia clínica, como una garanta más para todos nosotros, para que, si vemos que alguien que ha accedido no debe hacerlo, podamos plantear la reclamación correspondiente y esto no se puede hacer en ningún otro sitio. Creo que, también, es una garantía para todos nosotros de que eso no se produce porque los profesionales –la inmensa mayoría de los accesos son como deben de ser y por razones profesionales– también conocen todas estas cosas, porque nosotros las ponemos en su conocimiento. O sea, que saben que cualquier ciudadano puede solicitar esa relación de las personas que han accedido a su historia clínica.

También me gustaría dejar claro –porque creo que aquí se ha comentado algo– el hecho de que, con los centros concertados, empresas e instituciones concertadas, los accesos a historias clínicas también están regulados, es decir, no puede acceder cualquiera y de cualquier forma. A través de contrataciones, convenios o conciertos, se adjudica la prestación de un servicio a terceros y, para muchos de los casos, para la correcta prestación de algunos de los servicios, es necesario el acceso por parte de la empresa adjudicataria a datos de carácter personal y clínico. Esos datos son propiedad del Servicio Navarro de Salud contenidos en diferentes ficheros, ya sean informáticos o en papel, y están, todos ellos, inscritos en el Registro General de Protección de Datos.

Este acceso a datos por cuenta de terceros queda regulado a través de la firma de un contrato específico de confidencialidad con la empresa adjudicataria o con la inclusión como Anexo en el contrato general de adjudicación de las cláusulas de confidencialidad.

Por tanto, digo todo esto para que los ciudadanos estén tranquilos porque, al escuchar a algunos de ustedes, podría parecer que aquí cualquiera puede acceder a cualquier cosa y, además, no le pasa nada, y es que eso no es así, porque los controles existen y, además, nosotros, si observamos que ha habido algún incumplimiento, se persiguen y se abren los expedientes siempre que sea posible y que, como en este caso, no haya prescrito.

BORRADOR

Respecto a si se ha recurrido la sentencia que me preguntaba, yo me he enterado de la sentencia por el periódico. No nos ha sido notificada la sentencia, en este momento, según me han informado. Además, lo hemos preguntado ahora y nos han dicho que no nos han notificado la sentencia. Y yo creo que eso es todo. Muchas gracias.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre la situación por la que atraviesan los Centros de Atención a la Mujer, con especial referencia a los centros Andraize y El Ensanche.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): En el segundo punto del orden del día, tenemos una comparecencia para que la Consejera informe sobre la situación por la que atraviesan los Centros de Atención a la Mujer, con especial referencia a los centros Andraize y El Ensanche. Ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Socialistas de Navarra. Señora Esporrín, tiene la palabra.

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: Doy por reproducida la solicitud de comparecencia.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): En ese caso, adelante, señora Consejera.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias. Buenas tardes. Bien, comenzaré por describir, como requiere en su pregunta, la situación de los Centros de Atención a la Mujer. Los Centros de Atención a la Mujer comenzaron como tales a raíz del Decreto Foral 259/1997. Con anterioridad a ese momento, ya estaban en funcionamiento los Centros de Orientación Familiar y Educación Sexual, COFES, y Andraize de la Chantrea y de Iturrama, que siguieron como COFES hasta 2009, momento en el que, mediante un nuevo decreto, se incorporaron a la red de Centros de Atención a la Mujer del Servicio Navarro de Salud.

El número de centros ha permanecido estable hasta la apertura de Buztintxuri que, desde el principio, se concibió como un “desdoblamiento” de Andraize, dado que, además de ser CAM de referencia en algunas

BORRADOR

cuestiones, sobre todo del ámbito de la educación y del programa joven, había incorporado la población de esa zona.

Recientemente, al asumir la población adscrita a los centros Laira de Berriozar y Argia de Orcoyen, se ha incrementado la plantilla en un ginecólogo, una matrona, un auxiliar de clínica, y dos educadoras procedentes de Argia de Orcoyen, cuya población acude indistintamente a Iturrama y a Andraize. No obstante, la posibilidad de realizar en la Comunidad Foral de Navarra una libre elección de ginecólogo ha hecho que los centros más cercanos, que son Andraize y Buztintxuri, se hayan masificado en la demanda y petición de atención continuada.

A continuación, paso a informarles, respondiendo a su segunda pregunta, de la situación actual de lista de espera y de actividad de los Centros de Atención a la Mujer, desarrollando en detalle aquellos a los que ha hecho expresa referencia. Los datos son del 30 de septiembre de 2013. En total, hay 294 personas en lista de espera quirúrgica con una espera media de 89 días. Tan solo un 12,5 por ciento de los pacientes intervenidos en el acumulado enero-septiembre se realizó fuera de la ley de garantías. Y le doy detalle de los dos centros a los que me ha pedido que haga referencia: en el CAM de la Chantrea, hay 92 personas en lista de espera quirúrgica, con una espera media de 80,6 días. El 92,4 por ciento de los pacientes en lista de espera quirúrgica se encuentra dentro de la ley de garantías y tan solo un 15 por ciento de los pacientes intervenidos en este periodo se realizó fuera de la citada ley. Y en el CAM del Ensanche, hay 73 personas en lista de espera quirúrgica con una espera media de 116,9 días. Tan solo el 15,6 por ciento de los pacientes intervenidos en este periodo se realizó fuera de la ley de garantías. El 65,8 por ciento de los pacientes en lista de espera quirúrgica se encuentra dentro de la ley de garantías.

Por su parte, la lista de espera de consultas en los CAM –datos a 30 de septiembre de 2013– es de 956 personas en lista de espera estructural de primera consulta, con una espera media de 31 días, ordinaria de 32 días y preferente de 8 días. 4.905 personas en lista de espera no estructural de primera consulta de Gine-Prevención, que no está dentro de la ley de

BORRADOR

garantías porque corresponde al programa de carcinoma de cérvix, que establece la realización de la prueba con una periodicidad de entre tres y cinco años. La espera media es de 248 días.

Y la lista de espera estructural de consultas CAM de las pacientes vistas entre enero y septiembre es la siguiente: la espera media para una primera consulta ordinaria, de las 15.928 pacientes vistas entre enero y septiembre en los CAM, ha sido de 79,6 días. Pero, en este dato, están sumadas las estructurales y las no estructurales que, como hemos visto, son las que están en consulta de Gine-Prevención. La espera media para una primera consulta preferente ha sido de 7,3 días. La espera media para una consulta sucesiva ordinaria, de las 37.846 pacientes vistas entre enero y septiembre en los CAM, ha sido de 63,1 días, incluyendo, una vez más, estructurales y no estructurales. Y La espera media para una consulta sucesiva preferente ha sido de 20,8 días.

Y el detalle de los centros que me pedía es el siguiente: CAM Chantrea: hay 3.046 personas en lista de espera de primera consulta, un 130,4 más respecto al periodo acumulado de 2012; de 1.322 personas a 3.046. La demanda se ha incrementado enormemente, concretamente, un 461,6 por ciento; de 365 pacientes a 2.050, y la actividad ha aumentado un 8,4. Y hay 1.563 personas en lista de espera de consulta sucesiva, un 118,9 por ciento más respecto al periodo acumulado de 2012; de 714 personas a 1.563. La demanda ha aumentado un 11,2 por ciento y la actividad ha disminuido un 6,1 por ciento.

En el CAM del Ensanche I, hay 20 personas en lista de espera de primera consulta; un 48,7 por ciento menos respecto al periodo acumulado de 2012. La demanda se ha reducido un 9,4 por ciento y la actividad ha aumentado un 7,8 por ciento. Y hay 962 personas en lista de espera de consulta sucesiva; un 0,3 por ciento menos respecto al periodo acumulado de 2012. La demanda ha descendido un 4,9 y la actividad ha aumentado un 9 por ciento.

En el CAM del Ensanche II, hay 176 personas en lista de espera de primera consulta; un 6,9 menos respecto al periodo acumulado de 2012. La

BORRADOR

demanda se ha incrementado un 27,6; de 1.519 pacientes a 1.939, y la actividad ha aumentado un 37,9 por ciento. Y hay 2.769 personas en lista de espera de consulta sucesiva, un 125,1 por ciento más respecto al periodo acumulado de 2012; de 1.230 personas a 2.769. La demanda ha aumentado un 1 por ciento y la actividad ha disminuido un 11,6 por ciento.

Por último, señoría, y con respecto a las soluciones que, desde el departamento, vamos a acometer para paliar esta situación, le diré que vamos a proceder a la movilización de un ginecólogo para la cobertura de necesidades asistenciales al CAM Andraize, para hacer frente al gran incremento de la demanda. La plantilla actual en Andraize es de cuatro ginecólogos y dos más en Buztintxuri.

Vamos a continuar cumpliendo con el programa de carcinoma de cérvix. En el año 2000, se elaboró un Documento de Consenso para la Detección Precoz del Cáncer de Cérvix, dirigido por un comité de expertos y avalado por el Departamento de Salud. En la actualidad, como les digo, se está cumpliendo en su totalidad, tanto en la frecuencia de las revisiones como en la frecuencia de las pruebas de *screening*, puesto que el protocolo dice textualmente: “A las mujeres entre veinticinco –en la actualidad, desde el inicio de las relaciones sexuales– y sesenta y cinco años de bajo riesgo se podrá realizar opcionalmente y de manera oportunista –*case finding*– la prueba de Pap cada tres o cinco años previa información del bajo riesgo y con consentimiento expreso de la mujer”.

Y, por último, también vamos a generalizar, entre los diferentes CAM, un protocolo de toma de muestras citológicas de cérvix mediante la creación de una agenda de consulta de enfermería y de una agenda de consulta ginecológica no presencial para resultados. En la actualidad, ya se está realizando en el CAM Andraize y se va a implementar, todavía más, en el mismo centro, a la vez que se extiende a los demás. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Esporrín, adelante.

BORRADOR

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: Muchas gracias, señora Consejera, por la información que nos ha trasladado. Sí que es verdad que, con los datos que tenemos, necesitaríamos un tiempo para comparar si son coincidentes o no. Quiero decir, que no puedo hacer una valoración así, tan rápida, sobre los datos que tenemos y los que nos ha aportado.

Sí que es cierto que nos preocupa que, efectivamente, aunque sabemos que se puede llegar a cumplir el protocolo para el *screening* de cáncer de cérvix, sí que hay una horquilla –como usted también ha dicho– de tres a cinco años y, según nuestras informaciones, está más próxima a los cinco años en el tiempo que se les cita a las mujeres que a los tres. Eso no quiere decir que no se cumpla. Yo le reconozco que se puede cumplir pero nos parece que es una diferencia de tiempo lo suficientemente grande como para intentar poner soluciones.

Vemos como usted, en la información que nos ha trasladado, parece que va a poner soluciones. Nos parece correcto que el personal de enfermería y matronas también se puedan incorporar, que hagan la citología de cérvix –que eso también pudiera ser una manera de agilizar– aunque, luego, lógicamente, las tenga que ver el ginecólogo. Y nos parece, también, adecuado que se haya producido –o se vaya a producir– un traslado de ginecólogos a los departamentos. En cualquier caso, nos parece preocupante que, según los datos que nosotros teníamos, acumulaban 1.558 pacientes el Centro de Atención a la Mujer de Andraize Buztintxuri para este tipo de prevenciones y, según la información que nosotros tenemos, las personas que están pendientes de la revisión del *screening* no están en lista de espera de consultas, como pueden estar las que tengan una patología o las que estén pendientes de intervención quirúrgica que usted nos ha relacionado.

Con lo cual, entendemos que existe ahí un volumen impreciso, quizá, y nos preocupa que este volumen realmente sea atendido en la debida forma porque ya le digo que está comprobado que más se acerca a los cinco años que a los tres cuando se les atiende. Por otra parte, quisiera decirle que quizás esto es una consecuencia del cierre, sobre todo, del Centro Laira y el otro de Orcoyen, el Centro Argia, porque nos parece que, efectivamente, en

BORRADOR

Buztintxuri, se ha podido acumular un tipo de población que igual, en el número, no es exagerada, pero no es lo mismo tener una población muy joven, como puedes tener en estos centros, que una población mayor como puede haber en El Ensanche.

Entendemos que esta población tiene unas necesidades de atención en esta materia mucho más acuciantes que las que puedan tener personas o mujeres mayores que pueden estar más situadas, en general, en la zona del Ensanche. Nos parece bien este aumento de personal. Dentro de un tiempo, habrá que comprobar si, efectivamente, estas listas de espera disminuyen, que será la única manera de comprobar si esto ha sido efectivo o no, pero, en cualquier caso, sí que nos gustaría que se haga un protocolo de actuación exhaustivo, que se siga un protocolo de citación, también, muy exhaustivo con las personas pendientes dentro del *screening* de cáncer de cérvix porque entendemos que la prevención es el único método y, además, es un método muy eficaz –como se ha comprobado– para, efectivamente, erradicar el cáncer de cérvix.

Y ya tenemos poco más que decir. Estaremos atentos a los resultados que se produzcan. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Por UPN, señor Lorente.

SR. LORENTE PÉREZ: Gracias, señor Presidente, buenas tardes. Gracias a la señora Consejera por toda la información que nos ha aportado. La verdad es que, ante estos datos de los que tenemos conocimiento ahora, yo poco más puedo aportar. Sí que hay un detalle que a mí me ha sorprendido y es que esta lista de espera que existe en el Centro de Atención a la Mujer de la Chantrea, cifrado en 3.046 personas, que, desde luego, no tiene nada que ver con el resto de centros que hablan de 20 y 176 personas, es un dato, ciertamente, sorprendente. Sin entrar tampoco a analizar las causas, yo creo que es más importante hablar de soluciones, y las soluciones ya las ha aportado también. Creo que son soluciones razonables, factibles. Da la impresión de que hay personal suficiente y que lo que hace falta es una reorganización y una redistribución del mismo, pero sí que es cierto, insisto,

BORRADOR

que esta lista sorprende, sobre todo, en relación con el resto de los centros de atención.

En cuanto a la lista de espera quirúrgica, es cierto que están todos dentro de la ley de garantías y que son unas listas, como digo, perfectamente asumibles. Hay otro aspecto al que también se ha hecho referencia, que son las pruebas de cribado, el *screening*, del que podríamos hablar mucho, pero yo creo que el Parlamento quizá no sea el lugar más adecuado. Yo creo que, en este tema, hay no ya tanto desconocimiento como al revés. Quiero decir, que hay más desconocimiento y que, muchas veces, se habla más desde la emotividad que desde el ámbito científico.

En este sentido, yo creo que tiene que prevalecer sobre todo el criterio clínico y no vale que aquí digamos que hay que prevenir y que el *screening* es necesario –que lo es–, pero creo que corresponde a las distintas especialidades y a las sociedades científicas correspondientes determinar cuáles son los criterios y los tiempos necesarios para el *screening*, para el despistaje de ciertas enfermedades. Y aquí, en el ámbito político, creo que poco o nada debemos decir. Insisto, criterio clínico y no emocional.

Podríamos hablar aquí, también, de que antes se hacía una revisión anual –estamos hablando del carcinoma de cérvix–, luego se habló de dos años y, ahora, la comunidad científica ginecológica ha establecido que el periodo racional es entre tres y cinco años; algo que aquí se cumple y que, posiblemente, tal como se está desarrollando esta patología, el conocimiento que de la misma se tiene y también el aspecto preventivo, este periodo me da la impresión de que tenderá a alargarse.

En todo caso, diré que las soluciones que ha aportado nos parecen las lógicas; son soluciones, insisto, factibles: la movilización de un ginecólogo, cuatro ginecólogos como dice en Andraize, parece que es una cifra razonable para poder asumir esta demanda y, también, todo esto unido, como ha dicho la portavoz del grupo socialista, a la implantación de toma de muestras citológicas de cérvix mediante la creación, también, de una consulta de enfermería, algo que cada vez se ha de implantar más. En definitiva, creo que, sobre todo de cara a las potenciales pacientes de nuestra comunidad, es

BORRADOR

necesario recalcar que, en este aspecto tanto de la atención como de la prevención de la patología ginecológica, está suficientemente atendida y que, en todo caso, a pesar de las cifras que se han dado de listas de espera, siempre hay que confiar en el criterio de los profesionales que, desde luego, asegurarán que, ante una patología potencialmente grave, la atención va a ser rápida e inmediata. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Ruiz, por Bildu.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, Presidente jauna. Sin duda, señor Lorente, los profesionales que tenemos, y también en este ámbito, desde luego, podemos estar tranquilas las mujeres si atendemos a la profesionalidad de las personas que nos atienden, de todos, de todos los profesionales. En eso, estoy completamente de acuerdo con usted. Otra cosa es que nos hable de que no tenemos que afrontar el tema desde la emotividad. No vamos a hablar aquí a nivel personal, desde luego, pero cualquier mujer que esté adscrita al CAM de Andraize o a los CAM de Ensanche, le puede contar cuál es el procedimiento y cuál es la situación. Los números son números. Desde luego, les agradecemos la información que nos han dado y los analizaremos, pero los datos, incluso los que se dan desde el Departamento de Salud, yo creo que son para ponernos un poquito los pelos de punta. Pero, más allá de eso, más allá de los datos, la realidad es todavía más grave.

No es la primera vez que hablamos de los Centros de Atención a la Mujer y no es un ámbito que se pueda analizar fuera de la situación general de la sanidad pública. Es evidente que cada vez hay menos profesionales y más carga de trabajo. Es lo que hay: mayor carga de trabajo, mayores listas de espera –ahí están los datos que no voy a repetir– y mayor falta de personal; menos sustituciones, la contratación de personal bloqueado, etcétera. Un colapso en muchos ámbitos y, en el ámbito de los Centros de Atención a la Mujer, con unas características, además, sensibles, yo creo que es evidente.

Esta situación no es nueva. Lleva años y, en los últimos meses, en el último año y medio, al menos, lleva siendo denunciada no solo por usuarias, sino también por profesionales, por los responsables, incluso, de los Centros

BORRADOR

de Atención a la Mujer de Andraize y del CAM Chantrea y de los del Ensanche, ahí tenemos, en esta misma legislatura, una de las primeras medidas adoptadas en aquel famoso Plan de Ajuste de octubre de 2011, la desaparición o revisión de los centros de Laira y Argia, que al final abocó a su desaparición. Tiene, también, infraestructuras que, en teoría, han sido inauguradas miles de veces y anunciada su inauguración para el 2 de enero de 2012 como el Centro de Atención a la Mujer de Sarriguren que, en teoría, iba a aligerar la carga de estos centros. Ahí lo tenemos: la estructura está hecha y, como otras tantas infraestructuras –y más en el ámbito sanitario–, ahí la tenemos hecha y quedará bonita.

Hemos aprobado mociones en este sentido, con el tema del CAM de Sarriguren: mociones en el Parlamento, hay informes del Defensor del Pueblo instando al Gobierno de Navarra a abrir el centro a la vista de los datos. Estoy hablando de hace año y medio. Entonces, cuando las cosas en año y medio no han mejorado, es que han empeorado. Y es que, encima, los datos nos dicen que hemos ido a peor. Y yo creo que hay datos que, realmente, nos deben llamar la atención.

Aquí estamos hablando de listas de espera quirúrgicas, de listas de espera de primeras consultas, pero estamos hablando, precisamente, de prevención y es en lo que consiste la lista de espera de consultas sucesivas. Entonces, que en el CAM Chantrea, ya en 2012, estábamos hablando de unos datos graves que rozaban el escándalo; es que estamos hablando, en estos momentos, que en consulta sucesiva –desde 2012, que ya era preocupante–, estamos hablando de un incremento de casi el 120 por ciento en consultas sucesivas. En el CAM Ensanche II, estamos hablando de un 125 por ciento más –y ya eran datos graves– de lista de espera en consulta sucesiva, y esto está directamente relacionado con la prevención y, como digo y voy a repetir, cualquier mujer que esté adscrita a estos CAM sabe perfectamente que, pese al esfuerzo que hacen los profesionales que trabajan en él, hay un colapso evidente.

Y cualquiera puede decir si nos llaman o no llaman. A mí no me gusta jamás poner ejemplos personales, pero yo les puedo decir –y mi caso puede

BORRADOR

ser extrapolable al de cualquier mujer que esté adscrita a estos centros– que no llaman. Simplemente porque... Evidentemente, cuando es algo urgente, cuando hay temas más urgentes, lógicamente, se activan todos los mecanismos que se tienen que activar y eso es una garantía, desde luego, pero ¿consultas sucesivas? ¿Revisiones sucesivas? Eso está completamente colapsado.

Entonces, las soluciones que se nos plantean desde el Departamento de Salud, un ginecólogo más para Andraize llega tarde y creo que escaso. Protocolos, seguiremos cumpliendo con el programa... sinceramente, tenemos que analizar los datos con más exhaustividad, pero esto va siendo el día de la marmota, y estaba repasando la intervención de hace año y medio, 22 de mayo de 2012, y es que hago un “copia y pega” porque la situación sigue siendo la que era, no: peor. Entonces, a la espera de analizar los datos, desde luego, nos da la sensación de que seguimos en lo mismo y que, si fuera un seguir en lo mismo, estaríamos peor, pero es que, encima, los datos van a peor. Creo que nos encontramos –en todo el ámbito sanitario, pero creo que en este ámbito especialmente– ante un proceso claro y una tendencia clara a la privatización, y es evidente.

Señor Lorente, no ponga esa cara. Mire a su alrededor y se dará cuenta de –con la importancia que le damos a la prevención– cuántas mujeres, cientos, miles de mujeres, están recurriendo a consultas privadas de ginecología porque la sanidad pública y los Centros de Atención a la Mujer públicos están colapsados. Y eso es así. Entonces, la privatización encubierta se da en muchos ámbitos de la sanidad pública, pero el caso de la atención a la mujer es el ámbito más evidente y tú, cuando quieres prevenir y ves que la sanidad pública no te da respuesta... usted hablaba de emotividad. Hombre, yo creo que es una frase bastante osada. No estamos hablando de emotividad; estamos hablando de datos reales y estamos hablando de prevención. Y yo creo que, cuando la prevención, pese al esfuerzo de los profesionales, no está asegurada porque los tiempos de espera no son los adecuados, es evidente que las consultas privadas están haciendo un gran negocio en muchos ámbitos, pero este ámbito es uno de los pioneros y al tiempo. Ya lo estamos viendo pero, al tiempo. Mila esker.

BORRADOR

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Pérez, por Aralar/Na-Bai.

SRA. PÉREZ IRAZABAL (1): Bai, eskerrik asko. Arratsalde on. Ikusi dut talde gehienok, edo orain arte hitz egin dutenok zentratu direla, zu ere bai, bigarren puntuan. Itxoin zerrendak eta Zerbix kartzinoma eta abar. Baina zure interbentzioaren hasieran hitz egin diguzu emakumearen arretarako zentroak noiz eta nola sortu ziren eta abarren inguruan. Momentu horretan aipatzen ez duzuna da guk berriro salatuko dugun gauza bat, momentu horretan ematen den aldaketa garrantzitsu bat gure ustez. Gaur ikusi dudanarekin lotuko dut. Izen aldaketa da. Izen aldaketa, orientaziotik asistentziala bihurtzeko eta emakumeengan zentratua. Noski, guk ez diogu inportantzia kenduko arreta asistentzialari baina horretaz gain badira beste gauza batzuk ere.

Ongi deritzogu dauden itxaron zerrenden aurrean neurriak jartzea, noski, nola ez, gure ustez penagarriak baitira. Eta penagarriak izateaz gain, penagarria iruditzen zaigu zuek berriro ere beste arloan ere irizpide propioak ez betetzea. Ados nago honekin lortzen dena, berdin zait emotiboa den edo emotiboa ez den, dela emakumea bakarrik uztea oso momentu zailetan eta azkenean beste modu batean bilatzea duen beharrari norbaitek erantzuna ematea.

Baina behin hori errana eta arretari buruz pentsatzen duguna errana, lehenbiziko puntura bueltatuko naiz. Pixka bat zeharka pasatu dugu eta. Gaia zen ezagutzea, bederen hori pentsatzen nuen nik, zentro hauen egoera zein den. Eta oroitzen naiz, duela hilabete batzuk, ez anitz, ekainean, sexu-hezitzaileen ordezkari batzuk etorri zirela, eta galdera bera zen. Nola dauden zuek lan egiten duzuen zentroak, nola ikusten duzuen. Eta hori da guk ere jakin nahiko genukeena. Jakin nahiko genuke nola ikusten dituzuen zuek zentro horien egoera, ia dauden beharrei erantzuten dieten, eta ez bakarrik arretei, jakin nahiko genuke nola dagoen sexu-osasuna hemen, Nafarroan, jakin nahiko genuke nola dagoen heziketa sexuala hemen, Nafarroan, eta, batez ere, jakin nahiko genuke ea argi dugun denok zertaz ari garen. Hau aipatzen dut egun horretan, saio horretan Llorente jaunak erran zigulako ez zegoela argi zertaz ari ginen. Definizioan nolabait eztabaida zegoela, eta ez

BORRADOR

geundela denak ados zertaz ari ginen, zer zen sexu-osasuna eta zer zen heziketa sexuala. Jakin nahi dut ea UPNn argi duzuen hori ala ez duzuen argi. Argi baldin baduzue, zer den zuen ustez eta zeri erantzuten diozuen zentro hauetan. Hori galdetzen dut hemen egon ziren hezitzaileek oso argi erabili zutelako definizioa eta bere definizioa izan zelako Osasun Mundu Erakundeak erabiltzen duen definizioa. Eta definizio horretan, denok dakizuenez, anitzetan erabili baitugu, errekonozitzen da denok, gizakiek, informazioa jasotzeko dugun informazioa eta gure erlazio sexualetan plazerra lortzeko. Ez bakarrik anatomia dena, fisiologia dena eta ez ugaltze helburuetara bideratua dagoena. Behin eta berriro eskatzen dena legea betetzea da. Legea erraten dudanean 2010eko legea da, lege horrek hain zuzen ere hemen markatu ziren 81eko asmoak. Jakin nahiko genuke zentzu horretan aurrera egin dugun urte hauetan edo atzera. Susmoa dugulako, ez erratearren ziurtasuna dugula, atzera egin dugula aurrera egin beharrean. Uste dut denok gaudela ados gutxienez zerbaitetan, heziketan inbertitzea, prebentzioan inbertitzea, inbertsioa dela, hau da, ez dela gastu bat eta behar-beharrezkoa dela eta denon onerako dela. Baina hori erraten dugunean, prebentzioa inportantea dela, prebentzioa kasu honetan zuek aipatutako protokoloa da, baita ere sexuz transmititutako gaixotasunak, edo desiratu gabeko haurdunaldiak... Baina hori bakarrik da prebentzioa? Edo badira beste gauza batzuk? Gure ustez beste gauza batzuk badira. Uste dugu nerabezaroa dela arrisku jokaera gehien ematen duen bizi aroa eta horri erantzun bat eman behar zaiola. Eta erantzun hori emateko, profesionalak behar ditugu. Profesional horiek trebatzeko, hemen esan ziguten hezitzaileek sare bat osatua zegoela. Gazteek, nerabeek, denok baina batez ere nerabeek, erreferentzia bat izan behar dute. Erreferentzia hori batez ere sexu hezitzailea da, eta bere inguruan dagoen sarea. Nik gaur hemen ez dut aditu deus ere ez egoeraz ari zinetenean sare horri buruz. Ez dut aditu deus ere ez osasun integralari buruz. Horretaz ez dut deus ere ez aditu. Ez dakit, agian nonbaiten galdu naiz... begiratuko dut berriro. Baina uste dut sareaz eta horretaz ez zaretela mintzatu. Jakin nahiko nuke orduan zuek gobernutik bideak errazteko edo oztopatzeko zaudeten. Jakin nahiko nuke zer deritzozuen zuek aipatutako sare horri buruz. Beraiek, hezitzaileek erran zigutelako sarea arriskuan ikusten zutela. Murrizketak direla eta ikusten zutela arriskuan. Eta gaur aditzen dugu

BORRADOR

ginekologo berri bat, eta ongi, ongi behar hori badelako, baina behar gehiago ere badira. Eta beste beharrei? Sarean mantentzeari egingo diozue kasu edo ez diozue kasurik eginen. Orientatzaile erdi batekin nahikoa izanen da edo ez? Gobernutik sare hori mantendu nahi duzue edo ez? Denok dakigunez beste toki batzuetan hori hartu dute erreferentzia eta eredu gisa, eta hemen, besteok hartzen dutenean eredu gisa, guk atzera. Nekez ulertzen da hori. Gure ustez sarea arriskuan dago, zuek arriskuan jarri duzue, erortzean, nolabait, zambuluka aritzen da, batez ere landa eremutan. Horretaz ere, jakin nahiko genuke zerbait zuen iritzia eta horri aurre egiteko zer proposatzen duzuen. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señor Martín, por el grupo popular.

SR. MARTÍN DE MARCOS: Muchas gracias, señor Presidente. Gracias, Consejera, por la información que nos ha facilitado. Realmente, el motivo de la comparecencia es preguntar por la preocupación que existe actualmente en las demoras que hay, fundamentalmente, en las consultas de revisión o *screening*, y específicamente en los Centros de Atención a la Mujer de Andraize y Ensanche.

Realmente, hace aproximadamente un mes, salió en un medio de comunicación una entrevista con el responsable de los Centros de Atención a la Mujer de Pamplona y, efectivamente, le preocupaba el aumento de plazo que se estaba llevando a cabo en la frecuencia de las tomas citológicas que, concretamente, en Andraize, era de 4,5 años y en el Ensanche, de 4 años y 2 meses. Efectivamente, estamos dentro del margen recomendado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que está entre 3 y 5 años, pero realmente le preocupaba esta situación y, además, decía textualmente que no tenía ninguna solución a corto plazo y que lo veía negro.

También refería que esta situación se daba, fundamentalmente, en los Centros de Atención a la Mujer de Andraize y Ensanche y, en el resto de los centros, las cosas funcionaban con normalidad; incluso que en Tafalla apenas había demora y, desde luego, no nos consta que exista lista de espera en

BORRADOR

consulta de educadoras en ninguno de los Centros de Atención a la Mujer que existen en toda la Red del Sistema Sanitario Público Navarro.

Ante esta circunstancia, nuestro grupo se había atrevido a dar una serie de propuestas o sugerencias, algunas de las cuales ya ha mencionado usted como soluciones a corto plazo. La primera de ellas es la evaluación y redistribución de los recursos, adaptándolos a los cambios demográficos que está habiendo de unos centros a otros. El doctor Ezcurra decía que esto podía poner en riesgo el libre acceso al Centro de Atención a la Mujer, la libertad de acceso, pero, en principio, si el servicio público le oferta un centro en donde la revisión se haga dentro de los límites, la espera ya quedaría dentro de la responsabilidad de la usuaria que decide ir a un centro determinado.

En segundo lugar, nosotros creemos que el Departamento de Salud debería plantearse el cribado poblacional en vez del cribado oportunista. Esto tendría, probablemente, una consecuencia, y es el mayor control y unificación de criterios por parte de los profesionales a la hora de citar las revisiones. Iría parejo a una mayor y mejor información por parte del Departamento de Salud sobre el objetivo que pretende la revisión ginecológica. Y creemos que no sería mucho más complicado que la organización que ahora mismo existe para el *screening* de cáncer de mama porque, si bien la horquilla de pacientes y la horquilla de edad es mayor, también son mayores los intervalos de tiempo de las revisiones ginecológicas del *screening* de cáncer de cérvix que el de cáncer de mama, que es de dos años frente a los tres a cinco del cáncer de cérvix.

Otra posibilidad, otra solución que deberían ustedes plantearse es que, a partir de los treinta y cinco años, asociaran a la citología la determinación de HPV. Esto traería como consecuencia que las revisiones se harían cada cinco años en lugar de cada tres y, también –ya lo ha planteado usted como una solución–, el tema de que las tomas las realizasen matronas o enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología. Estas enfermeras y especialistas conocen perfectamente la anatomía femenina y podrían discernir signos de posible patología cervical a la inspección. Y el hecho cierto es que la

BORRADOR

simplificación de la toma mediante la citología en medio líquido que se hace actualmente y que, además, se puede aprovechar para determinar HPV, pueden facilitar la toma a las enfermeras que, de hecho, ya la hacen en algunas consultas de enfermería que hay instauradas en el hospital, por ejemplo, de Tudela, que yo sepa, que hacen la toma citológica de control postratamiento en la consulta de enfermería y la primera toma citológica en la primera consulta de embarazo cuando está indicada. Y, muy importante, en la revisión y en el *screening* ginecológico, es hacer un Plan de Educación e Información de qué es y para qué sirve la revisión ginecológica que tiene como único objetivo la prevención del cáncer de cérvix.

Estas son algunas sugerencias que me había atrevido a proponerle. Algunas de ellas ya las contempla usted en la información que nos ha dado y, desde luego, yo creo que el panorama no puede ser tan negro a corto plazo como lo ve el responsable del CAM si se ponen las medidas adecuadas en el tiempo adecuado. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora De Simón, su turno.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señor Presidente. Gracias de nuevo, señora Consejera. La verdad es que a mí sí que me parece muy preocupante y alarmante el panorama que usted ha presentado, lo mismo que le parece al responsable de los Centros de Atención a la Mujer. La realidad yo creo que es tozuda y la ha presentado usted de una manera muy nítida: hay pacientes en lista de espera que superan incluso la ley de garantías. Las listas de espera son muy amplias, los días de espera son excesivos, bajo mi punto de vista, y no es que sean solo excesivos, sino que la situación ha empeorado más, si cabe, en los últimos dos años; en lugar de mejorar, resulta que estamos empeorando.

Desde luego, las listas de espera estructurales son altísimas, las listas de espera que ha dado en revisiones preventivas son muy altas, también, teniendo en cuenta que del periodo de dos años pasamos a tres y de tres a entre tres y cinco, pero es que, en Navarra, nos estamos acercando a cinco y sobrepasando casi, por los datos que ha dado usted. También nos preocupa la espera en la primera consulta ordinaria porque, cuando uno acude a la

BORRADOR

primera consulta, uno no sabe lo que le pasa: no sabe si es grave o no y, desde luego, hay situaciones en las que, si no se pone remedio pronto, no le voy a explicar a usted las consecuencias tan negativas que puede tener porque lo sabe.

En todo caso, usted habla de algunas soluciones. Desde luego, sean bienvenidas. Nosotros nos alegramos de las soluciones que propone usted hoy, pero le digo lo de siempre: más vale prevenir que lamentar. ¿Cómo es posible que hayamos tenido que llegar a esta situación y tenga usted ahora que arbitrar medidas de carácter excepcional cuando tenían que haber sido medidas de carácter ordinario desde un principio para evitar este colapso que hay? Porque si las listas de espera aumentan, esto no se para porque sí, ni con alguna medida puntual. No. Si no, irán aumentando cada día más.

El hecho es que Navarra ha sido pionera, sobre todo, en la actuación y el desarrollo de trabajo en los Centros de Atención a la Mujer, la calidad era y es excelente pero me consta que estos centros no pueden abordar el trabajo que tienen. Tengo constancia de mujeres –no le voy a decir dos mil ni tres mil, pero tengo constancia de unas decenas de mujeres– que deciden acudir a consultas privadas porque no pueden esperar a estas revisiones. Incluso, a veces, son aconsejadas en este sentido.

Y luego, hay una cuestión a este respecto y es que las listas de espera actúan, sin duda, de manera disuasoria. Entonces se dice, “voy a tener que esperar, ¿para qué? Ya me voy a otro lado”, luego esta es una variable que yo creo que usted tiene que tener en cuenta. En todo caso, mire, son recortes y más recortes. Yo siento recordarle esto, y se lo he recordado más de una vez, pero es que yo recuerdo su primera intervención, cuando hablaba de pacientes felices, y ahora hablamos de pacientes, mujeres, desde luego, muy pacientes porque su paciencia yo creo que está siendo enorme porque, en mi opinión, no están siendo suficientemente atendidas.

Tengo una pregunta para usted. Igual no he seguido la intervención porque no me han repartido el documento, además, y no sé si ha dado el dato. Si ha dado el dato, me disculpa pero no sé cuál es el tiempo de espera para revisión de cáncer en los centros de Andraize y El Ensanche y, respecto

BORRADOR

a las propuestas del señor Martín, yo lo tendré que pensar también. Ya sé que han ido a usted, pero me suena más a ahorro y aquí se habla de todo –de alargar los tiempos, de pasar el trabajo a no sé qué profesionales– menos de cuáles serían las plantillas oportunas y óptimas para mantener, al menos, la misma atención que teníamos las mujeres en Navarra hace unos tres años. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Bien, señora Consejera, turno de réplica. Adelante.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Mis disculpas. No le hemos dado el... se nos ha pasado. Lo siento. Vamos a ver, respecto a las afirmaciones que ha hecho la señora Ruiz –no está– sobre menos profesionales, recortes, etcétera, se han cubierto el cien por cien de las jubilaciones y se ha incrementado la plantilla y se lo he dicho al principio de mi intervención. Lo que ha habido es un incremento de demanda –que se lo he tratado de explicar– muy importante y que tenemos que tratar de ajustar los recursos a ese incremento de demanda.

Me gustaría explicar –se lo he intentado explicar en mi primera intervención, también, a sus señorías, pero no sé si ha quedado lo suficientemente claro– que es diferente la lista de espera para revisiones ginecológicas que para patología. Y, en el caso de las revisiones, las solicitamos a partir de los tres años a pesar de que las sociedades científicas recomiendan que se lleven a cabo entre tres y cinco. Luego, si estamos dentro de los cinco, ya estamos bien. Estamos ahora en los cuatro, en muchos casos. Ya estamos bien. Estaremos peor, pero, si no hace falta ir a una revisión ginecológica en menos tiempo, ¿para qué vamos a ir? No sé. ¿Para qué vamos a dedicar más recursos para hacer algo que científicamente se dice que no es necesario? Los datos que les he dado, las esperas para patología y para cosas que no son las revisiones, ustedes habrán visto las esperas medias de las que estamos hablando y no creo que estemos en unos datos muy malos y, también, si miran los datos en las preferentes, mucho mejores.

BORRADOR

Otra cosa, hay otras revisiones que son revisiones que nosotros mismos queremos controlar y, para eso, tenemos un código compartido con los administrativos según el cual, cuando decimos que a una persona hay que verla en un mes determinado, se la cita en ese mismo mes. No hay retrasos de ningún tipo. Si se trata de una revisión sin mayor problema, pasa a la cita general de revisión ginecológica que, como les he dicho, se puede situar perfectamente entre los tres y los cinco años.

Igual es ahondar en lo que ya ha comentado el señor Lorente, pero es que la evidencia científica y las recomendaciones clínicas, además, pueden variar y, en este caso, han variado. Hace muchos años, se pensaba que debían hacerse cada año. Y, desde hace ya bastante tiempo, se sabe que hacer las revisiones ginecológicas entre los tres y cinco años es más que suficiente. Por lo menos, en nuestra región, que no tiene una especial prevalencia de cáncer de cérvix, pero esto no se hace por recortes, que ustedes dirán “pues sí, les han venido bien”. No. Esto lo dicen los profesionales, que tiene que ser en este tiempo. Y por eso se hacen ese tiempo. Si no, es que no tiene ningún sentido hacerlas con mayor frecuencia. ¿Que hay algunas mujeres que todavía creen que es mejor ir al ginecólogo cada año? Seguro que las hay. Y que, como ven que, del Centro de Atención a la Mujer no la llaman cada año, acuden a otros lugares... pero nosotros, desde luego, podemos estar bien tranquilos de que las mujeres navarras tienen revisión ginecológica en un periodo entre tres y cinco años, que es lo suficiente para prevenir el cáncer de cérvix.

Desde luego, en lo que sí que les doy la razón es en que no hemos tenido mucho éxito en transmitir ese mensaje a las mujeres; que no es un capricho eso de pasar de uno a tres a cinco años. Y ahí, es verdad y tienen toda la razón: deberíamos intensificar, porque uno podría pensar que no se las llama porque hay lista de espera. No. No se las llama porque no se las debe llamar; porque no hace falta llamarlas.

A la señora Pérez, la verdad es que hoy no hemos hablado del tema que usted quería, pero revise la comparecencia del 22 de mayo en la que estuvimos hablando de todo eso que usted ha expuesto hoy aquí y que, si

BORRADOR

quiere, podemos volver a hablarlo en otra comparecencia. De todas maneras, hay una cuestión que sí que le he dicho y es que esa red de educadores que usted dice que hemos dejado caer, ha aumentado en dos educadores el año pasado. Los dos educadores de Argia o de Laira que han pasado a la plantilla del Servicio Navarro de Salud. O sea que dejarla caer, no la hemos dejado caer y la verdad es que, si no he hablado de todo esos temas, era porque nos hemos centrado en la parte de la comparecencia. Qué casualidad que todos nos hemos centrado en eso, es verdad pero, el 22 de mayo, como digo –si tiene el texto, si puede recordar todo lo que le dije y, si no, venimos otro día y volvemos a hablar de ello–, le expuse con detalle cuál era el estado, cuáles eran los recursos que teníamos, cuáles eran los programas que estaban desarrollando los educadores y educadoras sexuales de nuestros centros y se lo conté. Si hoy hubiera estado en la petición de la comparecencia, claro que se lo habría contado, desde luego. En cualquier caso, no estamos –como usted decía que parece que estamos para obstaculizar– para obstaculizar nada. De hecho, como le digo, hemos incrementado en dos educadores.

Respecto a los datos de espera que decía la señora De Simón, yo creo que los tiene en el texto que le hemos mandado. Están separados, tanto los de revisión como los de otras patologías. Nada más. Muchas gracias.

Pregunta sobre las condiciones del acuerdo/convenio entre el Departamento de Salud y el Igualatorio Médico Quirúrgico, presentada por la Ilma. Sra. D^a Marisa De Simón Caballero.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Pasamos al punto número 3, que se trata de una pregunta oral sobre las condiciones del acuerdo/convenio entre el Departamento de Salud y el Igualatorio Médico Quirúrgico, formulada por la señora De Simón. Recuerdo que, entre pregunta, contestación y réplica, cinco minutos cada interviniente. Adelante, señora De Simón.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Doy por reproducida la pregunta.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Consejera.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias. Bien, usted dice en la pregunta, señora De Simón, y cito textualmente: “que

BORRADOR

ha recibido información sobre el acuerdo/convenio entre el Departamento de Salud y el Igualatorio Médico Quirúrgico sobre traslados urgentes, así como de los servicios que ofrece el Igualatorio Médico Quirúrgico respecto a la atención sanitaria urgente. La verdad es que no sé cuál es la información que ha recibido, pero ni el departamento ni el Servicio Navarro de Salud tienen ningún acuerdo/convenio, ni con el Igualatorio Médico ni con la Clínica San Miguel, por el cual estas dos entidades utilicen las ambulancias concertadas por el Servicio Navarro de Salud para su actividad privada. La verdad es que no lo tenemos ni tenemos intención de tenerlo.

El transporte sanitario programado y urgente de sus asegurados es responsabilidad del Igualatorio y si, de manera esporádica, se producen casos en los que personas con seguro privado del Igualatorio demandan asistencia urgente a través del 112, eso se lo facturamos después al Igualatorio Médico. El único supuesto por el cual se utiliza transporte sanitario concertado para atenciones realizadas en la Clínica San Miguel es el correspondiente a los pacientes derivados por el Servicio Navarro de Salud a ese centro, en virtud del concierto que tenemos entre las dos entidades, pero nada más. La verdad es que no sé muy bien a qué se refiere con la pregunta. Igual no le he contestado adecuadamente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora De Simón.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señora Consejera. Antes de nada, quiero señalar que soy perfectamente consciente –y, además, comparto– de que, cuando hay una atención urgente, de emergencias, no hay que preguntar a la persona accidentada o enferma ni de qué seguro es... de eso soy plenamente consciente y lo comparto. Solo faltaría. Pero yo le hacía esta pregunta –evidentemente, no me he debido de expresar bien–, quizá me ha faltado en lo de “acuerdo/convenio” añadir “de coordinación” o “de colaboración en la coordinación”. Quizá me faltaba esa expresión, pero la verdad es que la pregunta era bastante bienintencionada y, de hecho, la he hecho aquí y en esta Comisión con la idea de que usted pudiera aclararme mis dudas.

BORRADOR

Voy a intentar explicarme mejor: mi pregunta va en relación con la utilización de los servicios de transporte sanitario público por entidades privadas y querría conocer en qué consiste la colaboración de los profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en esta cuestión. ¿Y por qué lo digo? Porque, mire, en la página del Igualatorio Médico Quirúrgico –ya sé que no es de su competencia– se promociona, desde hace poquito tiempo, un servicio de coordinación de urgencias, desde luego, por ejemplo, sin mencionar que lo que se refiere a emergencias responde a un convenio o a un acuerdo o a lo que sea con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Entonces, a mí lo que me preocupa es que un centro privado tenga capacidad para movilizar los recursos públicos y que las ambulancias medicalizadas, en este caso, o los profesionales que están en ellas, no puedan tener un criterio propio para decidir adónde se traslada a cada paciente. ¿Por qué se lo digo? Porque el Igualatorio Médico y SOS Navarra y los seguros asociados que trabajan para el Igualatorio Médico Quirúrgico, como le decía, disponen de un servicio –pone en su información– de coordinación de veinticuatro horas, trescientos sesenta y cinco días. Y se ha trabajado –tengo aquí los escritos– sobre un sistema de coordinación que queda como procedimiento. Y, en ese sistema de coordinación, se establece la actuación del médico coordinador del centro de gestión de emergencias SOS Navarra 112 ante los distintos eventos que puedan acaecer en relación con pacientes de este Igualatorio.

Como yo tengo aquí el escrito –que ya se lo pasaré– que dice “asistencia sanitaria y traslados de pacientes del Igualatorio Médico Quirúrgico de Navarra y seguros concertados con la Clínica San Miguel”, es un escrito, entiendo, dirigido a los profesionales sanitarios y hay un apartado que se refiere a la actuación del médico coordinador del centro de gestión de emergencias SOS Navarra 112. Entonces, como aquí da unas instrucciones, en relación con las llamadas de los pacientes identificados como del Igualatorio Médico Quirúrgico, sobre las situaciones de emergencia en las que se pueda considerar conveniente la coordinación entre médicos de un sistema público y de este otro sistema privado, da indicaciones sobre cómo han de ser los traslados en relación con la zona rural –con lo cual, por cierto, estoy de

BORRADOR

acuerdo— y da instrucciones para cuando los médicos coordinadores de un paciente que ha llamado a los centros de coordinación no coinciden en la acción a la respuesta, como tenía esto aquí y tenía un comunicado que se había enviado a profesionales de estos centros, por eso hacia esta pregunta.

Si usted lo desconoce, se lo haré llegar, pero la pregunta, desde luego, era bienintencionada desde el punto de vista de la información y porque a mí me preocupaba muchísimo y me sigue preocupando que entidades privadas puedan utilizar servicios de transporte público tanto de emergencias como de urgencias, cuando resulta que da la casualidad de que, en estos días, está habiendo un problema, particularmente, con las ambulancias de urgencia que, por lo visto, no funcionan las cinco todos los días. Nada más y gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Consejera.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Gracias. Yo no digo que sea malintencionada. Lo único que le digo es que toda la actividad que realizan las ambulancias concertadas por nosotros para pacientes atendiendo una emergencia que luego resulte que sean del Igualatorio, nosotros eso se lo facturamos, posteriormente, al Igualatorio. No tenemos, según me han informado a mí, ningún convenio con el Igualatorio para esto. El único convenio que tenemos con el Igualatorio es que nosotros atendemos a los pacientes de las zonas rurales. Pero eso creo que lleva muchos años en vigor, que atendemos a 4.341 personas. Usted hacía referencia a 30.000 pero es que era de otra cosa. Si no le importa, déjeme la información y yo le respondo. (Murmullos) Bien. Vale. Si quiere, la llamo o hablamos o se lo paso por escrito o como quiera, pero esta es la información que nos han dado: que no tenemos ningún tipo de acuerdo o convenio para esa cuestión. (Murmullos) Bueno, pues como sea.

Pregunta sobre el incremento de las incidencias del cáncer de mama en mujeres que, por edad, no entran en la población de cribado de esta patología, presentada por el Ilmo. Sr. D. Samuel Caro Sádaba.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): En el punto número 4, tenemos una pregunta sobre el incremento de las incidencias del cáncer de mama en

BORRADOR

mujeres que, por edad, no entran en la población de cribado de esta patología, formulada por el grupo socialista. Señora Esporrín.

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: Únicamente preguntamos –como usted muy bien ha dicho– si, efectivamente, están detectando un incremento, en personas y mujeres más jóvenes, de la patología del cáncer de mama y qué medidas se van a tomar al respecto si es así.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Consejera.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Bien, según los últimos datos disponibles del Registro de Cáncer de Navarra, la tasa específica por edad en las mujeres de cuarenta a cuarenta y cuatro años se ha mantenido estable durante los últimos veinte años, tal y como se refleja en la tabla que se va a proyectar ahora. El porcentaje sobre el total de casos de cáncer de mama para este grupo de edad fue de entre un 8 y un 9 por ciento y la tendencia observada de las tasas específicas no muestra significación estadística durante este periodo de tiempo, por lo que se puede concluir, con los datos revisados desde el año 1998 a 2008, que no se ha observado un incremento de la incidencia de cáncer de mama en mujeres de cuarenta a cuarenta y cuatro años. Por lo tanto, dado que la respuesta es negativa –que usted me decía que tenía la sospecha de que había aumentado–, la verdad es que no se va a tomar ninguna medida para paliar ese incremento porque, a la vista de los datos, aunque a veces nos pueda dar la sensación porque conozcamos casos cercanos, no se ha debido de producir estadísticamente.

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: Afortunadamente, no es el caso que nos afecta –que yo, personalmente, no es que conozca casos cercanos–, sino que han sido las propias declaraciones del doctor Apesteguía, Director del departamento, en un medio público, que hizo referencia a que tenía la percepción de que estaba incrementándose el cáncer de mama en personas jóvenes. Y no digo que de cuarenta a cuarenta y cuatro años no sean jóvenes –que me parecen muy jóvenes, incluso más mayores me siguen pareciendo muy jóvenes, también–, pero a lo que me refiero es a menos de cuarenta años. En Estados Unidos, la relación de mujeres de menos de cuarenta años

BORRADOR

con cáncer de mama es del 5 por ciento y, como le digo, el doctor Apesteguía daba la explicación de que tenía la percepción de que estaban aumentando aunque no tenía el dato exacto y lo mismo dijeron de la Asociación de Mujeres de Cáncer de Mama, Saray, recientemente con motivo del Día Internacional del Cáncer de Mama.

Yo me refería a si se podían adoptar algún tipo de medidas en relación con los antecedentes familiares, con poder hacer consejo genético, que da un índice bastante claro del riesgo que tiene esa mujer de padecer cáncer de mama. Aunque sabemos la dificultad en la exploración de la ecografía del cáncer de mama por la densidad de las mamas de estas pacientes, yo sí que les sugeriría que si, efectivamente, esto es así, como parece que se está diciendo, aunque profundice más en saber el dato con exactitud, pero que se podría hacer un estudio cada tres años en mujeres que tengan ya o antecedentes familiares o unas indicaciones de que efectivamente pudieran ser más susceptibles de padecer el cáncer de mama si fuera posible. Me parece útil porque es la única manera de curar a estas mujeres: una detección precoz. Por eso, creo que merece la pena intentarlo.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Consejera, para contestar.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Respecto a las recomendaciones o los programas de prevención que nosotros tenemos en funcionamiento en estos momentos, obviamente, tanto el Jefe del Servicio de Radiología, el doctor Apesteguía, como la Jefa de Oncología y también desde Salud Pública, son los profesionales que dan las explicaciones de los programas de prevención que nosotros seguimos.

Existe un consenso general en la recomendación de desarrollar programas poblacionales de cribado de cáncer de mama mediante mamografía a mujeres entre cincuenta y sesenta y nueve años. La comunidad científica eso es lo que considera. El balance entre riesgos sobre diagnóstico y sobre tratamientos, resultados falso-positivos –también por lo que usted decía de la densidad de las mamas en las mujeres más jóvenes– y beneficios, disminución de mortalidad y mejora de la calidad de vida, se valora en todos

BORRADOR

los estudios que se hacen y de los que salen las recomendaciones de con cuántos años hay que comenzar con estos programas de prevención.

En las mujeres más jóvenes, la disminución de mortalidad no llega a ser significativa y la posibilidad de efectos adversos es mayor. Es por eso por lo que, al margen de la incidencia que presente el tumor –muy baja por debajo de los cuarenta y cinco o cincuenta, según las estadísticas– o la tendencia que se observe en este grupo de edad, no se recomienda la realización con carácter general de este cribado por la exposición a la radiación. En ese sentido, las recomendaciones de la Unión Europea, avaladas por sociedades científicas y las de la estrategia del cáncer del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial, limitan la aplicación al grupo de edad de entre cincuenta y sesenta y nueve y la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud también recoge esta prestación para ese grupo.

Respecto a la situación del cribado en España, en todas las comunidades se realiza de forma poblacional y, en todas ellas, entre 50 y 69 años y en 5 comunidades lo hacemos entre 45 y 49 años pero, desde luego, en estos momentos, de forma generalizada, no está previsto bajar de esos 45 años por las razones que les he expuesto. Pero también es verdad que sí que se hace un seguimiento especial y hay un programa especial para mujeres que tengan antecedentes familiares de madre o hermana con menos de esa edad a las cuales se les hace una mamografía anualmente como prevención por si pueden desarrollar la misma enfermedad.

La presencia de antecedentes familiares de grado menor a los señalados, menos de hermana o madre, o la existencia de determinadas patologías, independientemente de la edad que presente la mujer, también son objeto de valoración. Es decir, no quiere decir que las que no tienen madre o hermana no se les haga, sino que se analiza individualmente, también, cuáles son las características de ese paciente y, en mucho casos, también se les incluye en el programa de detección precoz de cáncer de mama.

Las mujeres con riesgo hereditario, también con independencia de la edad, tienen acceso a unidades especializadas donde se evalúa el riesgo

BORRADOR

individual y familiar y se determina la pauta de actuación más adecuada para su caso. En ese sentido, en Navarra creo que, también, podemos estar las mujeres muy tranquilas porque, si hubiera evidencia científica, ahora mismo, estamos haciendo el cribado poblacional en un corte de edad menor que en otros lugares, siguiendo incluso por debajo de esas recomendaciones que hay, a partir de los 50 años, y hay además consultas específicas que nos permiten, a mujeres que estamos en una edad inferior pero que tenemos antecedentes familiares, estar en el programa. Y eso creo que nos tiene que dar a todas tranquilidad y garantía de que se ocupan de nosotras y de que nos están cuidando. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. No habiendo más asuntos que tratar y agradeciendo una vez más la presencia de la Consejera y de su Jefa de Gabinete, se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 18 horas y 40 minutos.)

TRADUCCIÓN AL CASTELLANO DE LAS INTERVENCIONES EN VASCUENCE:

(1) SRA. PÉREZ IRAZABAL: Sí, muchas gracias. Buenas tardes. Observo que la mayor parte de los grupos, o al menos los que han intervenido hasta ahora, se han centrado, y usted también, en el segundo punto: listas de espera, carcinomas de cérvix, etc. Pero al comienzo de su intervención, nos ha hablado usted de cuándo y cómo surgieron los centros de atención a la mujer, etc. Lo que no menciona usted es algo que nosotros volvemos a denunciar una vez más, un cambio que se produjo en aquel momento y que, en nuestra opinión, tiene importancia. Voy a relacionarlo con lo que hoy he visto. Se trata del cambio de nombre. Un cambio de nombre para pasar de la orientación a la asistencia centrada en la mujer. Nosotros, por supuesto, no vamos a quitar importancia a la atención asistencial, pero hay más cosas aparte de ella.

BORRADOR

Compartimos, por supuesto, que se adopten medidas contra las listas de espera existentes, que nos parecen algo lamentable. Pero también nos parece lamentable que, una vez más, no cumplan ustedes sus propios criterios en el otro ámbito. Estoy de acuerdo con que de este modo lo único que se consigue –y me da igual si es una cuestión de emotividad o no– es dejar sola a la mujer en unos momentos muy difíciles, buscando que, al final, alguien dé una respuesta por una vía distinta a las necesidades de esa mujer.

Pero, una vez dicho eso y expuesto lo que pensamos sobre el tema de la asistencia, vuelvo al primer punto, por el cual hemos pasado de un modo un tanto tangencial. Se trataba de conocer –al menos eso creía yo– en qué situación se hallan estos centros, y recuerdo que hace unos meses, no muchos, en junio, vinieron aquí unos representantes de los educadores sexuales y que la pregunta fue la misma: en qué estado se encuentran los centros donde trabajan ustedes, cómo los ven. Y eso mismo deseábamos saber nosotros. Nos gustaría saber cómo ven ustedes la situación de dichos centros, si responden a las necesidades existentes, pero no solo a las de carácter asistencial, sino que querríamos conocer también cómo se encuentra la salud sexual aquí, en Navarra; querríamos saber cuál es el estado de la educación sexual en Navarra, y nos gustaría saber, sobre todo, si todos tenemos claro de qué estamos hablando. Y lo digo porque aquel día, en aquella sesión, el señor Llorente nos dijo que no quedaba claro sobre qué se estaba hablando; que, en cierto modo, el debate giraba en torno a la propia definición, y que no todos coincidíamos en qué se estaba debatiendo, qué era salud sexual y qué era educación sexual. Me gustaría saber si en UPN lo tienen ustedes claro o no, y si lo tienen claro, en qué creen que consiste y a qué responden ustedes en estos centros. Lo pregunto porque los educadores que estuvieron aquí utilizaron una definición bastante clara de la cuestión, que es precisamente la misma que utiliza la Organización Mundial de la Salud y en la cual se reconoce, como todos ustedes saben, pues la hemos utilizado en múltiples ocasiones, el derecho que tenemos todas las personas de recibir información para poder obtener placer de nuestras relaciones sexuales. No se trata únicamente del aspecto anatómico, fisiológico o del orientado a la reproducción. Lo que se pide una y otra vez es que se cumpla la ley. Cuando

BORRADOR

hablo de la ley me refiero a la ley de 2010, que persigue los objetivos que aquí se marcaron en el 81. Querríamos saber si, en ese sentido, estos últimos años hemos avanzado o retrocedido, porque sospechamos –por no decir que tenemos la certeza– que hemos ido hacia atrás en vez de avanzar. Creo que todos coincidimos al menos en una cosa, y es que invertir en educación, invertir en prevención, es una inversión, no es un gasto, y que se trata de algo sumamente necesario y beneficioso para todos. Pero cuando afirmamos eso –la importancia de la prevención–, “prevención” es el protocolo mencionado por ustedes, y se refiere asimismo a las enfermedades de transmisión sexual y a los embarazos no deseados. ¿Pero acaso se limita únicamente a eso la prevención? ¿O se trata también de otras cosas? En nuestra opinión, se trata de más cosas. Creemos que la adolescencia es la etapa vital donde se producen mayor número de prácticas de riesgo, algo a lo que hay que ofrecer una respuesta. Y para eso hacen falta profesionales. Nos dijeron aquí que existía una red de educadores destinada a formar a esos profesionales. Jóvenes, adolescentes, todos, pero especialmente los adolescentes, necesitan de una referencia, que es, sobre todo, el educador sexual y la red con que cuenta a su alrededor. Hoy, cuando han hablado ustedes de la situación, no he oído aquí nada en torno a esa red, como tampoco he oído nada sobre salud integral. No he escuchado absolutamente nada sobre eso. No sé, me habré perdido en algún momento... lo volveré a mirar. Pero me da la impresión que no han hablado ustedes ni de la red ni de esa cuestión. Así que me gustaría saber si su papel desde el Gobierno consiste en facilitar u obstaculizar el camino. Me gustaría saber qué opinan de esa red de la que ustedes mismos han hablado, porque, según nos expresaron los educadores, ellos la ven en peligro debido a los recortes. Y hoy hemos oído hablar de un nuevo ginecólogo, cosa que está bien, porque existe esa necesidad, pero existen también otras necesidades. ¿Y qué pasa con esas necesidades? ¿Se van ustedes a implicar en el mantenimiento de la red o no? ¿Va a ser suficiente medio orientador o no lo va a ser? ¿Tiene intención el Gobierno de mantener la red o no la tiene? Todos sabemos que en otros lugares la han tomado como referencia y modelo, y aquí, cuando otros la han tomado como modelo, vamos y retrocedemos. Es difícil de entender. Pensamos que a red se encuentra en peligro, que ustedes la han puesto en peligro de caer, que

BORRADOR

está tambaleándose, sobre todo en el entorno rural. Sobre eso también querríamos conocer su opinión, y saber qué proponen ustedes ante esta situación. Muchas gracias.