DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

IV Legislatura | Pamplona, 16 de febrero de 1999 | NÚM. 23

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. FERMÍN CIÁURRIZ GÓMEZ

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 16 DE FEBRERO DE 1999

ORDEN DEL DÍA

—— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre las medidas adoptadas respecto a las enfermedades infecciosas reemergentes y emergentes.

—— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre las acciones para la prevención del VIH.

SUMARIO

Comienza la sesión a las 16 horas y 35 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre las medidas adoptadas respecto a las enfermedades infecciosas reemergentes y emergentes (Pág. 2).

Abre la sesión el Presidente de la Comisión, señor Ciáurriz Gómez, y cede la palabra a los portavoces de los grupos que han solicitado la comparecencia, los señores Ezpeleta Martínez (G.P. «Socialistas del Parlamento de Navarra») y Landa Marco (G.P. «Mixto»), a quienes contesta el Consejero de Salud, señor Cervera Soto (Pág. 2).

En un turno de intervenciones toman la palabra los señores Ezpeleta Martínez, Landa Marco, Antuñano Zárraga (G.P. «Convergencia de Demócratas de Navarra») y la señora Arboniés Bermejo (G.P. «Izquierda Unida-Ezker Batua de Navarra»), a quienes contesta conjuntamente el Consejero (Pág. 10).

Se suspende la sesión a las 17 horas y 35 minutos.

Se reanuda la sesión a las 17 horas y 43 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre las acciones para la prevención del VIH (Pág. 13).

El Vicepresidente de la Comisión, señor Armañanzas Echarri, cede la palabra al representante del grupo solicitante de la comparecencia, señor Ciáurriz Gómez (G.P. «Mixto»), a quien contesta el Consejero (Pág. 13).

En el primer turno de intervenciones toman la palabra los señores Ciáurriz Gómez, Viñes Rueda (G.P. «Unión del Pueblo Navarro»), Ezpeleta Martínez, Antuñano Zárraga, Romeo Lizarraga (G.P. «Ezker Abertzalea») y la señora Arboniés Bermejo, a quienes contesta conjuntamente el Consejero (Pág. 20).

En el segundo turno, interviene el señor Ezpeleta Martínez (Pág. 27).

Se levanta la sesión a las 19 horas y 4 minutos.

(COMIENZA LA SESION A LAS 16 HORAS Y 35 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre las medidas adoptadas respecto a las enfermedades infecciosas reemergentes y emergentes.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Buenas tardes. Vamos a comenzar la sesión dando la bienvenida al Consejero de Salud para tratar de los dos temas incluidos en el orden del día. En primer lugar, la comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre las medidas adoptadas respecto a las enfermedades infecciosas reemergentes y emergentes. En segundo lugar, la comparecencia, también a instancia de la Junta de Portavoces, para informar sobre las acciones de prevención del VIH. Tiene la palabra el portavoz del grupo socialista, que es el que ha pedido la comparecencia.*

SR. EZPELETA MARTÍNEZ: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías. Buenas tardes a todos. Bienvenido, señor Consejero. En el mes de octubre del año pasado el grupo parlamentario socialista y Nueva Izquierda solicitamos la comparecencia del Consejero para tratar el tema de las enfermedades infecciosas. Como conocen todas sus señorías, porque han salido mucho en los medios de comunicación, de alguna manera se ha considerado que estas enfermedades infecciosas, a las que se les ha llamado incluso las nuevas epidemias, podrían conducir a catástrofes generalizadas en el ámbito mundial; de hecho, la Organización Mundial de la Salud les ha dedicado días específicos.*

Hay datos que pueden resultar muy aparatosos; se habla de hasta más de 50 millones de muertes al año en el mundo. En fin, son datos que, de alguna manera, circulan y, de vez en cuando, aparecen en los medios de comunicación.

Lo cierto es que el tema de las enfermedades infecciosas, lo que se considera desde un punto de vista técnico enfermedades infecciosas emergentes, lo que supone de alerta mundial y lo que la Organización Mundial de la Salud de alguna manera refería como respuesta mundial para problemas globales requiere la comparecencia del representante del

Departamento de Salud del Gobierno de Navarra para que nos exponga un poco la situación en Navarra dentro de lo que podríamos llamar una crisis de tipo global de ámbito mundial debida a la emergencia de nuevas enfermedades.

Estos temas son realmente apasionantes. Para uno, al que le gusta leer sobre esto, no hay un tema más apasionante que la búsqueda en África del reservorio del virus del Ébola por los equipos de los CDC de Atlanta; es un tema absolutamente apasionante, tanto como la mejor novela que uno pudiera leer.

La Organización Mundial de la Salud considera que el fenómeno de las enfermedades infecciosas emergentes requiere una atención y ya ha lanzado un mensaje claro en el sentido de que, lejos de estar controladas, siguen siendo la principal causa de muerte en el mundo. Se plantea como estrategia para poder hacer frente a esta situación la necesidad de que los países refuercen sus estructuras de salud pública y de vigilancia epidemiológica, lo que permitirá la detección y el control de epidemias antes de que cobren proporciones mayores.

La mejora en las condiciones de higiene, saneamiento y alimentación durante las primeras décadas de este siglo produjeron el descenso de las enfermedades infecciosas. Esta tendencia se reforzó a partir de los años 40 con la llegada de las vacunas y los antibióticos, y culminó con la erradicación de la viruela a finales de los años 70. Estas circunstancias produjeron una falsa sensación de seguridad acerca del posible control de las enfermedades infecciosas, lo que dio lugar a una disminución del interés por dichas enfermedades transmisibles, su vigilancia epidemiológica y sus medidas de control. La aparición de enfermedades como el sida y su difusión nos han hecho reflexionar acerca de nuestra vulnerabilidad y de que las enfermedades infecciosas no pueden relegarse como un asunto del pasado.

Nos encontramos, por tanto, con que el espectro de las enfermedades infecciosas está cambiando rapidísimamente y que se identifican nuevas enfermedades previamente desconocidas que provocan problemas de salud pública tanto local como internacionalmente. Además del sida, que ya he mencionado, estarían en esta categoría de enfermedades emergentes la enfermedad pulmonar por antavirus, la enfermedad de Lime, la variante de enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, recientemente descrita, la fiebre hemorrágica por el virus Ébola, el síndrome de uremia hemolítica producida por la bacteria E. Coli, productor de serotoxina, la legionelosis, la hepatitis C, la hepatitis E, el cólera, producido por el nuevo serogrupo, y en Navarra, por ejemplo, la tularemia, con los dos brotes que hemos tenido el año anterior, y también quiero decir que estamos muy al día, porque ya salió en el Boletín Oficial de Navarra la modificación del decreto con la inclusión de la tularemia.

Junto a éstas, encontramos otras enfermedades conocidas que se creían totalmente controladas, pero que están aumentando su incidencia o reapareciendo en amplios territorios, que son las que se definen como enfermedades reemergentes. Entre éstas estarían la tuberculosis, la difteria, el cólera, el dengue, el paludismo y la citada tularemia.

Al mismo tiempo, otro aspecto viene a complicar el control de las enfermedades infecciosas, y es la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos. Creemos que otro problema sanitario en el mundo es la situación actual de las resistencias a los antibióticos que tenemos los ciudadanos simplemente por la mera alimentación, por los nuevos alimentos transgénicos. La semana pasada se celebró un congreso en Inglaterra sobre la situación de cara al futuro sanitario de lo que pueden suponer las nuevas proteínas, el tema de la soja, en relación con las posibles resistencias a antibióticos que hoy en día utilizamos, temas que, naturalmente, nos deben hacer reflexionar a todos.

Varios factores han contribuido a la emergencia y reemergencia de estas enfermedades infecciosas, señorías, entre ellos la intensificación de los viajes internacionales, los desplazamientos de grandes masas de personas, la emigración masiva a las ciudades, la globalización del comercio y distribución de alimentos, los cambios introducidos a gran escala en su manejo y procesamiento, así como la modificación de nuestro medio ambiente, que ha producido importantes cambios que han afectado a la ecología de vectores y reservorios de diferentes enfermedades infecciosas. Tampoco debemos olvidar que los cambios sufridos en las virulencias y toxicidad por los agentes patógenos en su lucha por adaptarse al huésped a veces nos llevan la delantera, y tenemos casos muy recientes, incluso en las infecciones nosocomiales que últimamente estamos padeciendo en este país.

Por tanto, señorías, se hace necesaria la vigilancia epidemiológica y la actuación sobre la salud pública. Creemos que el reconocimiento a tiempo de las enfermedades emergentes y reemergentes precisa de la existencia de sistemas adecuados de vigilancia epidemiológica, como la red española RENAVE, capaces de detectarlas, de tal forma que puedan ser rápidamente investigadas y controladas. La habilidad para detectar qué es nuevo o qué es reemergente depende de la capacidad de los sistemas de vigilancia que tengamos para captar tanto lo rutinario como lo inusual, pues, a veces, lo que es rutinario no nos permite captar lo que es inusual. Gran parte de su eficacia descansa en una buena comunicación y colaboración de los profesionales en salud pública y epidemiología con clínicas con microbiólogos, pues la mayoría de las

veces éstos son los primeros en entrar en contacto con estas enfermedades y, por tanto, gran parte del éxito de la identificación de estos procesos descansa en la participación del profesional médico y del microbiólogo en este sistema de vigilancia RENAVE, en su esfuerzo por la notificación de las enfermedades, como tenemos en Navarra por el Decreto Foral 389, si no leo mal, y les pido perdón en ese caso, de 1997, de 22 de diciembre, y el que se ha modificado exactamente en el Boletín Oficial de Navarra el lunes, 1 de febrero, como les decía introduciendo la tularemia como nueva enfermedad de declaración, creo recordar, que inmediata, que son los niveles que luego me figuro nos explicará el señor Consejero de la situación de esta red.

En el Estado, el Real Decreto 2210, de 1995, por el que se creó esta red de vigilancia epidemiológica, viene a adecuar el sistema de vigilancia, cuya legislación databa de 1930 y no respondía a la realidad sanitaria actual.

En fin, señorías, no quiero alargarme más en esta introducción. Creemos que el problema, como ha quedado demostrado, requiere que, por lo menos, le dediquemos una sesión, que hablemos realmente de lo que suponen las enfermedades infecciosas como nueva situación de emergencia global a nivel que nos plantea situaciones muy graves y dramáticas que siempre requieren una actuación fría, reflexionada, meditada y positiva. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señor Ezpeleta. El señor Landa, quien es también confirmante de la petición, ¿quiere añadir algo antes de que hable el Consejero?*

SR. LANDA MARCO: *La verdad es que algo quiero añadir, aunque no mucho, porque suscribo lo que decía el señor Ezpeleta. Solamente quiero señalar que cuando el 22 de octubre se publica en los medios de comunicación el resultado parcial de ese simposio que se celebra en Lérida sobre enfermedades infecciosas, la verdad es que llama la atención el realce con el que se publica la noticia, señalando que algunas enfermedades infecciosas que se creían controladas están reemergiendo en los últimos años en países desarrollados, anulando lo que se había previsto y pensado entre los años 50 y 80, en el sentido de que este tipo de enfermedades en los países desarrollados estaba controlado y prácticamente no iba a tener incidencia.*

El propio Director General en su intervención en ese foro ante numerosos expertos señalaba que las previsiones no son ésas, que está reemergiendo este tipo de enfermedades, que las migraciones están teniendo una incidencia importante y que especialmente en España, un país que cada año visitan un montón de millones de personas, este tipo de enfermedades infecciosas estaba teniendo especial repercusión. Decía entonces que no se habían cumplido esas expectativas y que, además, se había producido una reemergencia de las mismas, a las que se habían añadido otras nuevas, entre las que citaba precisamente el sida, y que nuestro país había sido, dentro de los países occidentales, donde prácticamente más incidencia había tenido esta enfermedad.

Se añadía también que nuestro país estaba siendo especialmente afectado por esta eclosión de enfermedades infecciosas reemergentes y emergentes y que habían aparecido brotes preocupantes de meningitis, hepatitis, legionelosis, etcétera, ante lo cual anunciaba una serie de medidas para poner en marcha o ya puestas en práctica, en concreto, en su comunidad, y señalaba las vacunaciones de hepatitis A en niños de doce años, aprovechando la red de la vacunación de la hepatitis B en los colegios, y hablaba también de la necesidad de cumplir el Real Decreto, no recuerdo el número, de 1997 que recomienda la creación de unidades de riesgo biológico de nivel 4. Recientemente, además, aparecía en los medios de comunicación que Baleares lo acababa de poner en marcha y señalaba que era la primera comunidad autónoma que ponía en marcha un servicio de estas características.

Por tanto, yo creo que lo que nos interesa es conocer y centrar en Navarra en qué situación estamos en referencia a todo esto que se analizaba con carácter general, ver si está previsto disponer de una unidad de este tipo o no, en qué plazos, cuáles están siendo las enfermedades reemergentes en Navarra que están teniendo mayor incidencia. En fin, ésos son los datos que interesaría conocer en esta comparecencia.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señor Landa. Ahora sí, señor Consejero, tiene la palabra.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. Siempre es un honor poder comparecer ante esta Comisión y, en este caso, el honor está junto al interés que este tema ha suscitado a quienes solicitaron esta comparecencia y seguro que a todos los demás miembros de esta Comisión.*

El tema lo encuadraba perfectamente el portavoz socialista en la introducción que justificaba la petición de comparecencia y ha sido también explicado desde su vertiente por parte del portavoz de Nueva Izquierda, que también era cofirmante de esa iniciativa. Por mi parte, yo quiero agradecerles esta oportunidad y, como causa previa o como razón de orden, indicarles que en esta primera parte de la sesión de hoy, en lo que es estrictamente el motivo de esta comparecencia que se me solicitó a finales del año pasado, haré una referencia, efectivamente, a los temas que han suscitado los ante-

riormente intervinientes y una salvedad con el tema del sida ya que, como luego hay otra solicitud al respecto, por integrarlo muchísimo mejor, el discurso relativo al sida lo dejaré para esa otra oportunidad, con la salvedad hecha de que efectivamente el tema del sida está también dentro de esta consideración de las enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes.

De forma muy adecuada, el portavoz socialista ha introducido cuáles son los contextos en la sanidad mundial de esta nueva consideración que se les tiene que dar desde todas las ópticas a las enfermedades infecciosas, y citaba con acierto el hecho de que la propia Organización Mundial de la Salud destinó, en concreto, en el año 1997 la celebración del Día Mundial de la Salud a la consideración de estas enfermedades, de estas infecciones y de la nueva consideración global que tenía que tener para la humanidad.

La OMS definió en el año 97 el eslogan de alerta mundial precisamente por querer indicar que, a pesar de que a partir de los años 50 y 80 se pensó que muchas enfermedades transmisibles poco menos que iban a ser ya definitivamente erradicadas y que el avance de los conocimientos médicos y de los recursos sanitarios iban a ser, por tanto, derivados a otros problemas graves de salud, como el cáncer y las enfermedades vasculares, la realidad demostraba que en plena era de los antibióticos empezaban a describirse nuevas enfermedades de tipo infeccioso o que algunas enfermedades clásicamente descritas estaban reemergiendo con unas tasas de incidencia realmente sorprendentes.

De hecho, en los últimos veinte años se han descrito al menos treinta nuevas enfermedades infecciosas, entre las que podemos perfectamente incluir el VIH, las nuevas modalidades de hepatitis, la hepatitis C, la fiebre hemorrágica causada por el virus Ebola, la enfermedad del legionario, etcétera. Y, por otra parte, como decía, también otras enfermedades clásicamente conocidas, como la tuberculosis, la peste, el cólera o la difteria habían experimentado en algunas zonas del globo terráqueo una gran recrudescencia.

La Organización Mundial de la Salud en el año 97 lanzó ese mensaje, sugirió la celebración y la reflexión sobre esto, y quiero recordar también que el propio Departamento de Salud del Gobierno de Navarra en aquel año 1997, igual que ha hecho en el año 98 y lo hará este año con el eslogan que nos proponga la OMS, celebró una sesión científica divulgada a través de los medios de comunicación como causa de reflexión sobre esta circunstancia que ha sido descrita adecuadamente por quienes han intervenido con anterioridad, que es que nos encontramos con esta situación en el campo de las enfermedades infecciosas por una serie de factores concurrentes importantes, que, a juicio de los expertos, se encuentran en relación con esta situación.

Por un lado, están los factores sociales, como las guerras, el hambre, la emigración, que, desde luego, tienen que alterar los patrones clásicos de transmisibilidad de las enfermedades infecciosas; por otro lado, las nuevas técnicas o los nuevos avances en los propios cuidados de la salud, como por ejemplo las técnicas de trasplantes, la inmunosupresión o la utilización no siempre adecuada de antibióticos. También están los aspectos relacionados con la producción de alimentos, con su génesis, con la alteración de tipo genético, con su procesamiento y con los sistemas de distribución de los alimentos; también, evidentemente, y de forma muy palpable en el occidente mundial, en el norte, los cambios derivados de la propia conducta humana, la disposición al consumo de drogas, los cambios en los hábitos sexuales, los viajes, los cambios de costumbres de las poblaciones en general y concretamente en la zona occidental del mundo. También hay cambios medioambientales, como por ejemplo la desforestación y la reforestación, el uso del agua no siempre adecuado en términos de sostenibilidad, las sequías o las inundaciones. Además se da el hecho de que los sistemas sanitarios occidentales tal vez focalizamos de forma excesiva nuestros recursos en aspectos meramente asistenciales descuidando de una forma cada vez más intensa lo que podríamos denominar la infraestructura técnicosanitaria de la salud pública, con el recorte en los programas de prevención y vigilancia y la carencia cada vez más palpable de personal específicamente entrenado en estas materias. También, evidentemente, la adaptación y el cambio genético de los microorganismos, en algunos casos como cambios antagónicos, productos simplemente de mutaciones salvajes, en otros casos por resistencias de antibióticos.

Todos estos contextos hacen necesaria una reflexión también en nuestro país, no solamente en la consideración global y terráquea del concepto de salud que nos proponía la OMS, y se plantea también por los grupos de expertos una serie de estrategias precisamente para luchar contra esta situación. Hay cuatro ejes básicos que están en la consideración de todos y que creo que tienen que ser los que articulen de una forma más intensa la exigencia que esta Comisión pide al Departamento de Salud en cuanto a la explicación de la situación en Navarra de estas cuestiones.

Los cuatro ejes sobre los cuales se debe actuar son, en primer lugar, la propia vigilancia epidemiológica, y ahora daré sucinta cuenta sobre cuál es la situación en estos momentos en Navarra de estas enfermedades o de algunas parecidas; como segundo eje, las líneas directrices de la investigación aplicada, precisamente para intentar atajar por la vía de la investigación las vías de contagio o de

emergencia de estas enfermedades infecciosas; como tercer eje, la intensificación de las campañas de prevención y de control de estas enfermedades infecciosas; y, como cuarto eje, y de alguna forma un eje comprensivo de los tres anteriores, el refuerzo de las infraestructuras de salud pública.

A partir de aquí cabría preguntarnos de qué manera nos afectan concretamente en España las cuestiones planteadas en torno a estas enfermedades infecciosas nuevas o reemergentes, o, dicho de otra manera, si los occidentales, y concretamente los españoles, podemos pensar que estas son situaciones exclusivamente referidas al tercer mundo o realmente tienen una afectación concreta en términos de salud para los ciudadanos que conviven en esta nación.

Como es conocido por todos, España es un lugar de paso y de residencia de habitantes de regiones como Sudamérica y África, donde se producen muchas de estas enfermedades infecciosas emergentes. A partir de aquí, podemos definir incluso en términos de solidaridad sanitaria la reflexión responsable que tenemos que hacer en España y desde España de estas circunstancias, precisamente por esta permeabilidad que tienen nuestras fronteras y también por nuestra hospitalidad como pueblo a los provenientes de Sudamérica y de África de forma específica.

Asimismo, hay también cambios ecológicos en España. Por ejemplo, se ve perfectamente que en los humedales españoles viven especies específicas de vectores, pequeños mamíferos, roedores y aves que son muy adecuados para el mantenimiento y difusión de algunas viriasis hemorrágicas, por poner un caso. Y también hay otros aspectos relacionados muy sensiblemente con nuestro medio occidental, como es el hecho de que la combinación de sida y tuberculosis, tuberculosis resistente o no, es en España una de las más elevadas del mundo occidental. Por tanto, vemos que hay que hacer una reflexión en nuestro país no alejada de las líneas generales de reflexión que la Organización Mundial de la Salud plantea para todo el globo terráqueo. También, como se ha descrito anteriormente por parte del portavoz socialista, se han descrito brotes nosocomiales en centros hospitalarios, también de tuberculosis multirresistentes y que la resistencia a los antibióticos, sobre todo en patógenos comunitarios, es una de las más altas del mundo en nuestro país. Podemos recordar como por ejemplo en el año 1996, en Alcalá de Henares, hubo un brote de legionelosis que afectó a más de doscientas personas que es probablemente el brote más importante de legionelosis que se registró en Europa, lo que, por tanto, nos enseña que en una localidad tan cercana al centro de España como Alcalá de Henares era posible causar una emergencia sanitaria de estas características por esto.

Por tanto, dado que ésta es la situación de España, tenemos que pensar también de forma cabal que en Navarra no podemos considerarnos como un coto aparte de España, ni menos de Europa, ni menos del mundo, que necesitamos reforzar nuestras actitudes y nuestros sistemas de control y de abordaje de estas enfermedades infecciosas y que, en cualquier caso, debemos mantener alerta una vigilancia y un control epidemiológico de todas las enfermedades, por supuesto que sí, pero fundamentalmente de estas enfermedades transmisibles.

Como luego explicaré, esta vigilancia se lleva a cabo mediante la recogida de las enfermedades de declaración obligatoria, que es el elemento clásico, aunque tiene modificaciones que luego podré explicar más en concreto, y que es un sistema de declaración, un sistema de información epidemiológica al que están obligados a participar todos los médicos; en algunos casos, incluso, no solamente es un sistema de información de tipo pasivo, es decir, de recoger la información que dan los médicos, sino que es un sistema de información que cada vez más tiene que ser proactivo y tiene que saber ir y buscar la casuística que pueda existir. Algunos casos concretos de este tema los podemos ver de forma muy específica en la tuberculosis, el sida o la enfermedad de las vacas locas. Por ejemplo, la tuberculosis, luego lo explicaré de forma más concreta, se sigue caso a caso en Navarra, y existe una vigilancia epidemiológica por la que no solamente se registran los datos pasivamente comunicados sino que hay una búsqueda activa de los contactos, y también hay un seguimiento desde el plano estricto de la salud pública, no sólo desde el plano clínico, de la evolución terapéutica de la enfermedad, sino que incluso en algunas ocasiones obliga a este Consejero a actuaciones coercitivas ante la propia autoridad judicial, pues de vez en cuando ocurre que hay que mandar detener a una persona por una razón de salud pública para que culmine un tratamiento antituberculoso. Además, por ejemplo en el caso de la tuberculosis, se ha instaurado un screening, *que es un test tuberculínico a los dos años de edad para toda la población, con una cobertura que actualmente se puede estimar de forma satisfactoria en cerca del 65 por ciento de la población diana.*

A partir de aquí quisiera causar una reflexión o una referencia más explícita sobre la tabla que les he facilitado, tanto a sus señorías como a los medios de comunicación, en la que se encuentra la evolución desde el año 93 hasta el año 98. Por cierto, ha sido una fortuna que esta comparecencia se pueda hacer en el día de hoy, porque si se hubiera ultimado para el final del año anterior no hubiéramos podido disponer de la serie estadística del

año 98, por tanto podemos completar mejor la información de esta manera.

En dicha tabla se encuentran agrupadas las enfermedades en estos momentos consideradas como de declaración obligatoria en Navarra. De esta tabla les llamo la atención sobre la última de las columnas, el índice epidémico, que, como refiere el pie de la tabla, está estableciendo una razón entre el número de casos declarados en el período y el número de casos correspondientes a la mediana del quinquenio anterior, y de tal forma esto es así que pueden ver con una simple mirada que se valora la evolución al alza o a la baja de una determinada infección según ese índice epidémico esté o por debajo del 0'75 o por encima de 1'25; oscilaciones entre el 0'76 y el 1'24 son unas oscilaciones estadísticamente no significativas.

A partir de aquí, quisiera hacer unos comentarios estrictos sobre algunas de las enfermedades que ahí pueden resultar más llamativas y sobre unos índices que más concretamente puedan causar un interés. Sobre las enfermedades de transmisión alimentaria, realmente habría que hacer una específica mención del hecho de que no se ha registrado en esta serie ningún caso ni de botulismo ni de cólera en este período aquí considerado; ven ustedes una evolución más o menos pareja con ligero descenso de las fiebres tifoideas y paratifoideas. Pero querría hacer una reflexión sobre ese concepto que ahí figura como toxinfección alimentaria, que, como todos ustedes sabrán, agrupa fundamentalmente a la salmonelosis. Las salmonelosis vienen a entrar a ser sospechosas cada vez más en el sentido de que se están detectando ya cepas resistentes al calor, por tanto cepas que escaparían de los mecanismos actualmente utilizados para garantizar la no presencia de la salmonela, o por lo menos la presencia mitigada de la salmonela en los alimentos, y que, a pesar de que esto es algo que ya está empíricamente demostrado, realmente no es en estos momentos una causa de un aumento de la incidencia de la salmonelosis, no se registra variabilidad epidemiológica, a pesar de que tenemos que tener ésta en alerta, motivada, como digo, en el hecho de que se están registrando ya cepas de salmonela resistentes al calor.

Sobre el siguiente grupo, el grupo de las enfermedades de transmisión respiratoria, haría una mención específica en el caso de la legionelosis, porque, como pueden ver ustedes, a pesar de que no se registraban casos en la serie considerada, en el año 98 se registraron seis casos de legionelosis y, por tanto, entró a alterar de una forma fundamental el desarrollo o la no existencia de esta enfermedad, de este síndrome en nuestra estadística. Quiero decirles que, en cualquier caso, esos seis casos son casos individuales, no pueden achacarse a ningún tipo de brotes, por tanto no tienen ese esquema de transmisibilidad que hubo, por ejemplo, en Alcalá de Henares. En cualquier caso, ante los seis casos se actuó de forma singularizada, y existe una especial sensibilidad a una posible detección de este tipo de casos, como se puso de manifiesto en el incidente de la residencia de Lumbier, donde, evidentemente, en un principio se pensó en la existencia de una posible legionelosis, que, al final, afortunadamente, no se confirmó. Pero es bueno que haya una actitud activa de sospechar lo peor para luego tratar de actuar de forma coercitiva ante este microorganismo.

También haré una referencia sobre las tuberculosis respiratorias y otras tuberculosis. Aunque la tabla indica que los datos no son completos porque están pendientes todavía de revisar las altas hospitalarias, en esta actitud que antes les decía de proactividad en la búsqueda de los datos, quiero decirles que habitualmente esas altas hospitalarias difieren poco de lo que es el resultado de la enfermedad declarada y, por tanto, esas cifras son unas cifras bastante solventes. Realmente vemos de forma satisfactoriamente sorpresiva que las tuberculosis respiratorias van a menos, por lo menos ésa es la casuística del año concreto 98, aunque no lo exprese así el índice epidémico, y es cierto que podemos considerar que esta situación es paradójica en cuanto a la cierta aparición de multirresistencias en el campo de las tuberculosis, y también al hecho de que la tuberculosis cada vez presuntamente se diagnosticaría más, puesto que se asociaría de forma vehemente con el sida.

Realmente tenemos que decir que la situación epidemiológica de la tuberculosis en Navarra es una situación desde luego muchísimo más favorable de la media nacional. La tuberculosis prácticamente sólo está presente en nuestro ámbito en grupos marginales y, además, como digo, esta cifra está sustentada en un sistema de vigilancia activa, de forma que la sospecha que existía hasta hace poco tiempo en Navarra de que había un cierto subregistro de los casos, es decir, que se estaban registrando menos casos de tuberculosis de los esperables dentro de la media nacional, y lo hemos demostrado precisamente a través de ese sistema de vigilancia activa. Por tanto, la tuberculosis está mostrando una relativa baja incidencia en Navarra, lo cual no es más que el motivo de seguir alerta en cuanto a la posible detección de casos o los posibles efectos por alteración de los patrones de contagio.

Haría una referencia también específica a la varicela por una razón, y es que en cuanto a la varicela, a pesar de que tiene esa serie estadística que ahí muestra la tabla y que incluso se puede considerar como una enfermedad cuyo índice epidémico nos demuestra que va en descenso, lo cierto es que es muy interesante hacer un seguimiento de

su evolución, puesto que ya hay disponible una vacuna que se está valorando en términos de evidencia científica por si fuera interesante en su momento incorporarla dentro de un planteamiento de inmunización colectiva sistemática, lo que haría que la vacuna de la varicela pudiera incorporarse en un futuro al calendario vacunal, que es el que se establece para todos los niños nacidos en la Comunidad Foral.

En cualquier caso, quiero decirles que ésta es una decisión que, evidentemente, tiene que tomarse a la luz de la evidencia científica; la mera disponibilidad de la vacuna no es ya una indicación para una inmunización colectiva. En cualquier caso, en los próximos años veremos si con la incorporación de esta vacunación sistemática podemos pasar la varicela al siguiente apartado, al definido como de enfermedades prevenibles por inmunización.

Hay una mención también a las enfermedades de transmisión sexual y más concretamente a la gonococia, precisamente porque vemos que son enfermedades que van a menos y que, además, aunque clásicamente se pensaba o a nivel coloquial se decía que existía un cierto subregistro, es decir, que no se declaraban los casos diagnosticados de gonococia a pesar de que esto era obligatorio, lo cierto es que por parte del Instituto de Salud Pública se ha hecho un rastreo de series de detección microbiológica, es decir, no se ha ido a recibir pasivamente la información de los pacientes diagnosticados de gonococia sino que se ha ido a analizar las series de las analíticas de los centros autorizados para realizar las pruebas de la gonococia, y se ve realmente que, si no se registran más gonococias, es porque realmente no se están diagnosticando a nivel microbiológico. Por tanto, entendemos que la situación es, dentro de la media nacional, una situación favorable en cuanto a términos epidemiológicos.

Haría también una referencia dentro del siguiente cuadro, el cuadro de enfermedades prevenibles por inmunización, al problema de la polio. Ustedes pueden ver que la serie de la poliomielitis es una serie cero en los últimos años y, por tanto, Navarra está contribuyendo al objetivo de la Organización Mundial de la Salud de erradicar definitivamente la presencia de la polio, que es un objetivo que la OMS se ha fijado para finales del año 2000. Realmente esto hace que Navarra tenga una enorme exigencia en la detección de posibles casos de polio. Ustedes saben que son muy escasos los casos de polio que se diagnostican ya en el mundo en general por causa del virus en su forma salvaje y que, en cambio, empiezan a aparecer casos producidos por la vacuna, una vacuna atenuada, que es una vacuna que tiene una cierta morbilidad en su utilización. Quiero decirles que la polio es uno de los casos en los cuales la Comunidad Foral de Navarra realiza vigilancia activa, es decir, no solamente registra los datos de lo que presuntamente se diagnostica, sino que se hace un screening *en todos los diagnósticos de parálisis flácida en menores de quince años para aplicar la correspondiente serología y ver si realmente es una parálisis flácida producida por el virus de la polio. A pesar de esta vigilancia activa, que es una vigilancia exigente, no se han registrado casos y, por tanto, Navarra está contribuyendo a ese objetivo importantísimo en la historia de la medicina, el de la erradicación de la polio para el final de este mismo milenio.*

Sobre la hepatitis, que era también uno de los temas introducidos por quienes solicitaban la comparecencia, podemos detallar dentro de este cuadro que, a partir del año 95, empieza a separarse dentro del concepto de otras hepatitis las que pueden diagnosticarse específicamente en el grupo C, las hepatitis C, que muestran ya una posibilidad de diagnóstico específico, que muestran, por tanto, la posibilidad de un diagnóstico etiológico y, conocida además la situación de que la hepatitis C tiene una vía de contagio similar a la de la hepatitis B, todos los occidentales estamos esperando la disponibilidad de la vacuna para poderla incorporar. Como ustedes saben, en el calendario vacunal de la Comunidad Foral de Navarra figura la vacuna contra la hepatitis B lo que le da una característica, el de ser, sin duda, el más completo de toda España.

Había una referencia también –y paso ya al último de los apartados, en el que se consideran otras enfermedades– al caso de la tularemia. La tularemia, efectivamente, ha registrado dos casos en el año 98 y dos casos realmente relevantes, puesto que en los últimos años en la serie aquí estudiada no existía ningún caso de tularemia. De la investigación que se ha hecho en estos casos se deduce que quienes contrajeron esta enfermedad eran cazadores, eran personas que habían cazado liebre en Castilla y León, que es en donde se ha detectado un brote de tularemia en las liebres, que es el vector de transmisión de esta enfermedad. Por tanto, sabemos que no hay peligro en los cazadores de Navarra si cazan en Navarra, pero sí hay esa indicación de cautela o de la posibilidad de importar esta enfermedad. Y, además, en cuanto a la tularemia, hay una cierta preocupación adicional porque existe el temor de que este germen causal pueda pasar a las aguas, pueda llegar a contaminar incluso a los cangrejos y de esa manera, dada la tradición de pesca de cangrejos que hay en Navarra, pueda causarnos un problema sanitario en el futuro.

Por tanto, como bien ha sido dicho anteriormente, se ha considerado ya la oportunidad de introducir la tularemia como una enfermedad de declaración obligatoria y, en este sentido, se han

modificado las normativas aplicables. Por tanto, la tularemia tiene que tener ya una atención específica dentro de la consideración de enfermedad de declaración obligatoria.

Para ir finalizando, quisiera hacer una referencia a enfermedades que no están en esta tabla porque no son de declaración obligatoria o porque no ha habido casuística, pero que realmente causan esa preocupación antedicha a la hora de presentar el motivo de esta comparecencia. Y muy concretamente quisiera hacer una referencia a la enfermedad de las denominadas vacas locas, a la encefalopatía espongiforme, y concretamente la específica de Creutzfeldt-Jacob, que es la que de alguna forma está haciendo que se adopten medidas de control de carnes dentro del ámbito general de la Unión Europea.

Yo quiero decirles al respecto dos cosas. En primer lugar, sobre la encefalopatía espongiforme, sobre el mal de las vacas locas, existe un sistema de vigilancia activa, es decir, no es solamente vigilancia pasiva, sugestiva dentro de los diagnósticos que se puedan realizar, sino que en todos los casos que se diagnostican clínicamente en Navarra de encefalopatía se hacen los análisis correspondientes para determinar o no la presencia de este prión, que es el agente etiológico de esta encefalopatía. Y decirles además que gracias a la participación del Departamento de Salud en el Consejo Interterritorial, en su Comisión de Salud Pública y en su Plenario, el Gobierno de Navarra está implicado y está adecuadamente informado de las medidas de control de suministro de carnes que se desarrollan en la Unión Europea y que, de alguna forma, son las medidas que van a proteger la posibilidad de una transferencia de este prión y la posibilidad de causar esta enfermedad en un futuro.

Como saben ustedes, es una enfermedad de muy lento desarrollo, y yo tengo que decirles a todos ustedes que estamos convencidos –yo creo que todos los sanitarios en España– de que ésta será una enfermedad que acabará existiendo también en España de la misma forma que ahora existe en el Reino Unido, de la misma forma que existe en Suiza, de la misma forma que parece haberse diagnosticado ya en Portugal. Pero, en cualquier caso, nosotros mantenemos esa vigilancia activa sobre las encefalopatías diagnosticadas, de forma y manera que nuestro sistema de información nos permita detectar cualquier contingencia en este campo. No hay que recordar a todos ustedes que aquí tendríamos entonces que estar hablando ya de esa otra faceta tan importantísima dentro de la consideración de estas enfermedades reemergentes, como es la de la investigación aplicada precisamente para tratar de encontrar una forma de tratar o de prevenir esta enfermedad, que es una enfermedad que no solamente tiene esas características de preocupación que da el hecho de que produzca este síndrome tan llamativo de la encefalopatía, sino que además ha conmocionado de alguna forma los planteamientos científicos tradicionales, puesto que se ha podido determinar que algo tan sencillo y al mismo tiempo tan complicado como una mera proteína era un agente etiológico de una enfermedad de estas características.

Yo recuerdo que el año pasado por estas fechas, creo que en el mes de marzo, la revista The Economist, *una revista nada sospechosa, planteaba en su portada un llamamiento a la comunidad científica precisamente para incidir en la consideración de esta enfermedad por una razón fundamental, y es que si nosotros hemos sufrido en occidente específicamente y también en el tercer mundo el problema del sida, por lo menos sabemos que el problema del sida puede, como luego veremos, atajarse con las modificaciones de hábitos en la relación con las drogas o con la actividad sexual, y eso de alguna forma es abordable desde los programas de salud pública, pero imagínense ustedes si precisamente para atajar el desarrollo de una enfermedad tan grave como ésta tenemos que cambiar los propios hábitos alimentarios de toda la población. Por tanto, como digo, en el mes de marzo del año pasado la revista* The Economist, *que no es una revista sanitaria específicamente, estaba planteando dedicar recursos adecuados precisamente a la vigilancia y a la investigación sobre esto que conmociona los cimientos de los conocimientos científicos en cuanto a la presencia de enfermedades infecciosas.*

Para finalizar, quisiera hacer una referencia que ya ha sido anticipada anteriormente a lo que podemos considerar las actitudes que desde la salud pública se hacen para Navarra y desde Navarra precisamente para intentar encontrar ese punto de reflexión y ese punto de actuación adecuada en la consideración de estas enfermedades. Yo quiero referirme de forma muy específica al Decreto 383/97, de 22 de diciembre, por el que el Gobierno de Navarra aprobó el sistema de vigilancia epidemiológica de Navarra y reguló las características de ese sistema de información de vigilancia epidemiológica. Precisamente este decreto, decreto exhaustivo, planteaba dos planos de actuación que creo que son los dos planos necesarios en estos momentos. En primer lugar, la integración de medios, es decir, el hecho de que la vigilancia epidemiológica es una labor y una función de todos los sanitarios en todo momento, con independencia de que sean sanitarios del ámbito público o privado, de la escala laboral o de la escala de responsabilidad donde ellos estén. Por tanto, era un decreto integrador de todos los recursos, de la posible vigilancia epidemiológica, para ponerlos al servicio de estos sistemas de información que nos permitan una detección puntual y eficaz de cualquier emer-

gencia en el campo de las enfermedades transmisibles o de las enfermedades infecciosas.

Y, en segundo lugar, el hecho de que este decreto estaba también identificando problemas de salud en términos de epidemia, de endemia o de riesgo, y que estaba estableciendo los adecuados sistemas de control individual de estudios específicos necesarios para el conocimiento de la situación epidemiológica, de evaluación muy importante de la eficacia de las intervenciones sanitarias y también no menos importante de aportar información operativa para la planificación de los recursos.

Yo creo que éste es un decreto en el que se contenía toda la operatoria, toda la integración de medios y todas las circunstancias de tipo organizativo que en el campo de las enfermedades de declaración obligatoria se estaban estableciendo, y, a partir de aquí, quiero decirles que creo que es el marco adecuado y lo que necesita la Comunidad Foral para tener la alerta necesaria ante cualquier emergencia en cualquiera de las manifestaciones de estas enfermedades.

En cualquier caso, yo les sugiero tanto a ustedes, señoras y señores Parlamentarios, como específicamente a los medios de comunicación una reflexión serena y adecuada sobre lo que son los términos estrictos de la vigilancia epidemiológica en Navarra, cuál es nuestra situación, situación que, en éste como en otros campos, el Departamento de Salud transmite de forma íntegra, de forma transparente, sin ningún tipo de sesgo en los datos que se facilitan, y a partir de aquí valorar en qué condiciones nos encontramos respecto de las posibles contingencias de estas enfermedades.

Les agradezco en esta primera parte de la intervención, ya que en este momento quedo a disposición de las preguntas que quieran hacer, haber podido hacer en esta Comisión esa reflexión que, como digo, la propia Organización Mundial de la Salud nos sugirió de forma específica en el año 97, aunque no de forma exclusiva en el año 97, porque esto no es otra cosa que un señuelo para seguir divulgando y reflexionando sobre estas cuestiones, y agradezco, por tanto, la posibilidad que se presta desde esta Comisión al conocimiento de esta realidad en el campo de las enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes en la Comunidad Foral de Navarra. Muchas gracias, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señor Consejero. ¿Parlamentarios que quieran intervenir? Señor Ezpeleta.*

SR. EZPELETA MARTÍNEZ: *Muchas gracias, señor Presidente. En principio, quiero agradecer la exposición que se ha hecho desde el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Coincidimos generalmente en los datos de que disponíamos.*

En cuanto a temas puntuales que se les había planteado, el tema de la hepatitis A, la incidencia que tenemos en Navarra es un nivel en el índice epidémico realmente bajo e incluso, por los datos de que nosotros disponíamos, tenemos niveles en descenso en los últimos años, no así en el resto de hepatitis, que, sin duda, como es el caso de la hepatitis C, están creciendo.

Podemos coincidir en el análisis del tema de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob en España. Por sí le interesa, le podría también informar de que los datos que hay recogidos en el ámbito estatal nos indican que en Navarra solamente ha habido cuatro casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jacob: uno en el año 93, dos en el año 96 y uno en el año 97. En total hemos tenido cuatro casos y en el ámbito estatal han sido 138 los casos declarados. Repito, en el registro y en la red de vigilancia que se hizo específicamente para esta enfermedad por la trascendencia que puede tener el tema por las circunstancias incluso económicas que se han planteado.

Hay algunas comunidades limítrofes, como La Rioja, que resalta enseguida cuando uno mira el mapa de distribución epidemiológica de la enfermedad y que lo tenemos cercano, o el caso de Cantabria o de Baleares, también como datos más llamativos por encima.

En cuanto a la red de que disponemos en Navarra, tenemos que coincidir en que es una red con niveles de alerta y de vigilancia activa que satisface. Creemos que la información que se da no tiene sesgo, coincidimos en ese tema. Haríamos la reflexión de que creemos que el tema de la salud pública requiere unas actuaciones muy específicas. A veces nos centramos más en temas asistenciales, y creemos que el tema de salud pública está reemergiendo, tiene unos niveles de riesgo tremendos para los ciudadanos de nuestra Comunidad, y creemos que tenemos que, de alguna manera, posibilitar esa integración de medios, esa capacidad de recursos que permita en todo momento actuaciones muy particularizadas.

No hemos tenido que yo recuerde ahora mismo por los datos que tengo ningún brote de legionela, pero los hemos tenido muy cercanos, incluso el año anterior en la Comunidad de Aragón, y este año estamos teniendo el tema del hongos. Creemos que ese tipo de infecciones nosocomiales en relación con los antibióticos, y, de alguna manera, hemos coincidido en los análisis que hemos hecho, realmente son preocupantes, que tenemos que seguir trabajando en el tema y nos llama la atención, por ejemplo, que en el Estado, cuando había un poco el acuerdo en el Consejo Interterritorial de hacer lo que se llamaba el eje de la salud pública o los planes de salud pública integrados para que precisamente estos datos a niveles de comunidades diferenciadas puedan tener unos tratamientos

específicos, porque, al final, aunque los casos se den en una zona más húmeda o se produzcan por no sé qué, siempre por los cambios y por las circunstancias podemos estar sujetos, creemos que ha faltado esa rentabilidad política o esa visión política en el Estado y se ha dejado en suspenso en el Consejo Interterritorial el plan integrado de salud pública.

Creemos que eso es un déficit que tiene actualmente el tema de salud en España y, de alguna manera, queremos que el Consejero y representante del Gobierno de Navarra incida, porque todas las actuaciones que se puedan tomar en cualquier comunidad sin duda redundarán en los niveles de calidad y eficiencia de la salud pública de Navarra. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señor Ezpeleta. Señor Landa.*

SR. LANDA MARCO: *Quiero agradecer los datos que nos ha aportado a la Comisión y señalar que, efectivamente, los datos que aparecen aquí de hepatitis A son datos en descenso, pero que si están preocupando en algunas comunidades autónomas muy cercanas a la nuestra, quiere decir que, cuando menos, deberíamos estar alerta sobre la posible introducción de la vacunación, algo que ya se está haciendo de forma experimental en otras comunidades, vacunando a personas de doce años.*

En cuanto al decreto foral que le mencionaba de cara a la instalación de unidades de riesgo biológico de nivel 4, no me ha contestado si está previsto avanzar en ese terreno para contar aquí, en Navarra, con una unidad de esas características.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señor Landa. Señor Antuñano.*

SR. ANTUÑANO ZÁRRAGA: *Gracias, señor Presidente. Bienvenido, señor Consejero. Buenas tardes a todos. Agradecemos la información que nos ha aportado, es una información importante, bien trabajada, y desde nuestro grupo deseamos que remita al Instituto de Salud Pública ciertamente algunas felicitaciones por esta labor.*

Cuando a finales del año pasado el Partido Socialista hizo esta pregunta, nos llamó la atención el motivo, sobre todo por su referencia a esa celebración en Lérida. La Universidad de Lérida celebraba el setecientos aniversario y yo pienso que era una reunión ordinaria, porque aunque tenía visos de ser internacional, la gente que fue era nacional. Nos enteramos en aquel momento de la repercusión y nos documentamos. Sabemos también de antemano que aquí, en Navarra, verdaderamente nuestra situación es privilegiada y lo estamos comprobando.

La pregunta que yo quiero hacer al Consejero es si en este último semestre o en este último año su departamento ha tomado alguna medida o alguna iniciativa nueva sobre estas enfermedades emergentes o reemergentes, si ha tomado, ya le digo, unas iniciativas distintas a las que ya veníamos trabajando en curso en los últimos años, a raíz de estas reemergencias y de estas nuevas mutaciones virásicas y bacterianas. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señor Antuñano. Señora Arboniés.*

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *Gracias, señor Presidente. Igual que los portavoces anteriores, en primer lugar quiero agradecer la información pormenorizada que nos ha transmitido. Está muy bien que todos aquí, empezando por el Consejero, nos pongamos a pensar en los factores sociales, la utilización de antibióticos, los cambios que se han producido en la conducta humana, todo eso es motivo, desde luego, de una reflexión y mucho más amplia, y quizás deba tener una cierta duración, no solamente desde esta institución sino desde otras también.*

Cuando hemos hablado un poco de la infraestructura de salud pública en Navarra nos ha mencionado el Decreto 383, en el cual se hablaba del sistema de vigilancia y de los planos que se establecerían para ese sistema de vigilancia, y se hablaba de integración de medios, de eficacia e intervenciones sanitarias y de todas las circunstancias que hay que tener en cuenta. Pero, descendiendo al terreno de lo más concreto, que es lo que el ciudadano y la ciudadana de a pie ve, me gustaría que el señor Consejero concretara, en atención primaria y en los servicios de urgencia, que son los servicios más inmediatos a los que acuden los ciudadanos en un primer momento, cómo se hace esa integración o qué sistema o protocolos hay, pues ahora mismo estamos viendo el rebrote que está habiendo estos días de casos de meningitis, dos de los casos han ido al servicio de urgencias, cómo se concreta esto a la hora de que el ciudadano o ciudadana de a pie llega con un crío al servicio de urgencias o llega a atención primaria al pediatra, qué variación ha habido, si existe un protocolo de actuación ante casos, por ejemplo, que puedan entramar un riesgo o una desconfianza de que haya una infección con unas consecuencias mucho más graves. Entonces, cuando nos conteste, descender y concretar algo más en ese sentido, aparte de agradecer la reflexión, que bien está que todos lo hagamos y desde luego esta institución que representa a los ciudadanos.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señora Arboniés. Señor Consejero.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Sí, señor Presidente. Señoras y señores Parlamentarios, quiero agradecer a todos ustedes las aportaciones que han hecho en esta última ronda de intervenciones, de la cual, evidentemente, he*

tomado nota. Voy a intentar responder de forma muy sucinta a alguna de las consideraciones que se han hecho y, en cualquier caso, deseo agradecer y saludar el tono utilizado y las aportaciones que, sin duda, nos hacen para este trabajo, que estimo que es un trabajo común de todos y no solamente de una parte de la Administración de Navarra.

Quiero agradecer muy específicamente al portavoz socialista por las apreciaciones que ha hecho sobre la necesidad de realizar actuaciones específicas en el campo de la salud pública, y decirle a usted y, evidentemente, a su partido que ahí nos vamos a encontrar de forma inequívoca. Estamos convencidos de que la salud pública es una apuesta importantísima de la sanidad del futuro y que los sistemas occidentales, por mucho desarrollo que tengamos en nuestros recursos sanitarios de vertiente estrictamente clínica, no tenemos por qué olvidar, sino todo lo contrario, todas estas actuaciones en el campo de la salud pública.

Le reitero que agradezco muchísimo su aportación y, desde luego, le comprometo el trabajo de este Gobierno y de nuestro grupo político en este campo de desarrollo evidente de la sanidad del futuro.

Tiene razón también en el elemento de queja que planteaba sobre la necesidad de que en nuestro país exista un plan de salud pública integrado. Efectivamente, ésta es una cuestión que se ha suscitado en el Consejo Interterritorial. Yo he tenido ocasión de hablar de esto con el Director General de Salud Pública de la nación, el doctor Poyedo, y realmente es un tema de reflexión en el que parece ser que la principal problemática que ve el ministerio es la heterogeneidad de abordajes que han hecho las comunidades autónomas con competencias y con desarrollo legítimo de esas competencias en este campo de la salud pública. De hecho, hay comunidades que están ya revisando sus planes anteriores de salud, hay otras comunidades que están todavía innovando planes de salud y también es cierto y hay que reconocerlo así que las comunidades tienen distintas estrategias en la concepción de planes de salud. Hay planes de salud más volcados hacia la gestión y hay otros planes de salud más en el tipo clásico de ver objetivos estrictos de morbilidad y mortalidad por distintas enfermedades que se vean preeminentes.

En cualquier caso, es una reflexión muy idónea y le aseguro que también es la mía en el campo de la representación de Navarra en el Consejo Interterritorial.

Al representante de Nueva Izquierda quiero indicarle que, a pesar de que la hepatitis A es una enfermedad de declaración obligatoria, realmente yo estoy convencido de que es una enfermedad subregistrada, porque la hepatitis A, como saben ustedes, es una enfermedad benigna, y yo estoy convencido de que de forma subclínica la mayoría de los aquí presentes la hemos pasado. Por tanto, en esa consideración de enfermedad benigna habitualmente en un porcentaje elevadísimo de casos, enfermedad que causa inmunidad permanente y como estoy convencido de que porcentaje muy altos de la población la hemos padecido, la hemos pasado aunque sea en su forma subclínica, habrá que iluminar la posibilidad o no de la vacunación que, evidentemente, en ésta como en otras circunstancias se supeditará por parte del departamento y con un criterio taxativo a la evidencia científica disponible a la hora de incorporar al calendario vacunal ninguna nueva aportación.

Sobre las unidades de riesgo biológico de nivel 4, quiero decirle que desde el departamento consideramos que son en estos momentos elementos o instrumentos no necesarios y que, de la misma manera que tenemos todo este sistema de detección epidemiológica que he comentado en la intervención, no es menos importante también, y tengo que decirlo, ya que por olvido no lo he dicho en la anterior parte de la intervención, que en los propios hospitales se ha reforzado el sistema de control de calidad añadido al de la propia vigilancia dentro del contexto de la medicina preventiva, tema, como antes ha sido citado, de patente actualidad por el tema del hongo aspergillus.

Trasladaré la apreciación que ha hecho el portavoz del CDN al ámbito de la salud pública sobre su positiva percepción del trabajo que se desarrolla, y, en respuesta a lo que preguntaba sobre nuevas medidas que se puedan estar desarrollando, le diré que no hay ninguna nueva medida en el sentido de considerar nueva medida a medidas que no tengan antes un contexto que ya he dicho que tiene unos desarrollos anuales importantes en la Comunidad Foral de Navarra, simplemente se trata de reforzar esos mecanismos de vigilancia que existen, y también, si lo quiere considerar como medida nueva, la revisión y la modificación del listado de enfermedades de declaración obligatoria, como se ha hecho en este año con la tularemia, ya que, desde luego, es un sistema con suficiente flexibilidad como para poder ir introduciendo medidas de este tipo.

En cuanto a la representante de Izquierda Unida, quiero decirle de manera muy clara y muy taxativa y además con la misma transparencia en los datos a la que antes aludía en relación con el resto de enfermedades que no hay en Navarra en estos momentos ningún rebrote de meningitis, y, desde luego, esto es algo evidente en la serie estadística epidemiológica, que demuestra que este año llevamos registrados incluso menos casos que el año anterior y que incluso son menos los casos registrados en el interanual de este año respecto al

anterior y respecto al anterior. Por tanto, no hay ningún rebrote. En cualquier caso, tendré el honor de poder comparecer ante la Comisión para, en un monográfico sobre meningitis, contarles toda la casuística que se está registrando y cuáles son las consideraciones desde el ámbito de la salud pública que este tema tiene que tener.

En segundo lugar, le diré que tal vez está usted mezclando planos, los planos estrictamente clínicos y los planos más propiamente responsabilidad del ámbito de la salud pública, pero, en cualquier caso, esos planos se pueden mezclar si consideramos que nuestros clínicos tienen que tener, y, de hecho, tienen, no solamente la capacitación técnica en el ámbito estrictamente clínico sino también la información de la que disponen en el plano de la salud pública, en el plano de la detección de enfermedades, en el plano de la epidemiología. De hecho, son frecuentes los cursos de capacitación y de perfeccionamiento que en este ámbito se desarrollan por parte del departamento y también es cada vez mayor la información que ponemos a su disposición por diversas vías, precisamente para que los clínicos no vean un foso entre su actividad cotidiana con una bata blanca y lo que son las tendencias y las consideraciones desde el plano de la salud pública. Podría ponerle muchísimos ejemplos de cómo hay un sistema de información que queremos reforzar por todos los medios, precisamente para que los clínicos estén al tanto de las últimas percepciones que en el plano epidemiológico se puedan registrar y también, evidentemente, porque esto también es algo esencial en su labor, de las últimas innovaciones en la terapéutica de las enfermedades infecciosas cuando éstas puedan diagnosticarse. Muchas gracias, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Ciáurriz Gómez): *Gracias, señor Consejero. ¿Alguna otra intervención? Si no es así, vamos a suspender la sesión cinco minutos.*

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 17 HORAS Y 35 MINUTOS.)

(SE REANUDA LA SESION A LAS 17 HORAS Y 43 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre las acciones para la prevención del VIH.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Se reanuda la sesión. Pasamos al segundo punto del orden del día, que dice comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre las acciones para la prevención del VIH. La solicitud ha sido presentada por el Grupo de Eusko Alkartasuna. Señor Ciáurriz, tiene la palabra.*

SR. CIÁURRIZ GÓMEZ: *Gracias, señor Presidente. La verdad es que el avance o los avances en los tratamientos del VIH van suponiendo una mejora de la situación, eso parece evidente, porque alargan y mejoran la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad.*

Pero sigue siendo fundamental, entendemos nosotros y lo entienden también todos los que tratan de cerca esta enfermedad, que la prevención es el elemento fundamental para mejorar la situación de esta enfermedad y, sobre todo, para evitar que se puedan producir nuevos casos. Quizá, pueda dar la impresión de que con esos avances en el tratamiento y esa disminución de la existencia de nuevos contagios y de nuevos enfermos bajemos la guardia en relación con algo fundamental como es la prevención. Por tanto, nosotros creemos que es interesante que se expliquen, con el detalle que el Consejero crea conveniente, las acciones realizadas en torno a este hecho concreto de la prevención en el año 98 y los objetivos preparados para el año 99.

Hemos tenido conocimiento también de que algunas de las cuestiones que podían ir afectando a esta situación de prevención han sido reducidas, incluso, por la Administración del Estado con la supresión en Navarra, concretamente, de algunas subvenciones estatales a asociaciones antisida. El otro día tuvimos la oportunidad de oír a través de los representantes de Cofes la existencia de un proyecto que entendimos había sido interesante para el año 1998 y que este año se encontraba sin cobertura presupuestaria. Queremos saber, por tanto, si esas acciones realizadas durante el pasado año y las previstas para el año que viene tienen la eficacia que es necesaria en la disminución de los casos correspondientes a esta enfermedad que, como hemos podido ver en los últimos años, ha sido una de las más graves que ha afectado, esencialmente, a la gente joven y a las personas que tenían unos grupos de riesgo muy concretos. Por tanto, ésa es nuestra pretensión y, en ese sentido, esperamos la información del señor Consejero.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Ciáurriz. Señor Consejero, tiene la palabra.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. Como en el caso anterior, agradezco la posibilidad de dar contenido al trabajo de esta Comisión informando de forma expresa y sometiéndome, evidentemente, a la consideración de los demás grupos y a las preguntas que quieran hacer sobre este tema que, como decía el que presentaba la petición de comparecencia, es uno de los más interesantes desde el punto de vista de la salud pública.*

Como decía, efectivamente, el señor Ciáurriz, el sida se ha convertido, desde que aparecieron los primeros casos a principios de los años 80, en uno de los principales problemas de salud pública de todo el mundo. Y en el estado actual de la situación, a pesar de que tenemos unos resultados prometedores en las nuevas terapéuticas de inhibidores de la proteasa y las combinaciones de fármacos en el tratamiento de personas infectadas por el VIH, es también cierto y sabido que no es probable que una vacuna u otro tratamiento definitivamente efectivo alcance la curación de esta infección, por lo menos, en un futuro próximo. Por tanto, y también era dicho con anterioridad, la prevención sigue siendo la estrategia más realista de comportamiento frente a la epidemia del VIH

En cualquier caso, aunque la solicitud de comparecencia versa muy explícitamente sobre las líneas de trabajo en el campo de la prevención, me parece que es inevitable, y creo que el tiempo, además, de forma sucinta lo puede permitir, que hagamos una reflexión o una consideración inicial sobre cuál es la situación del sida, de la infección por VIH en Navarra a diciembre del año 1998. Ya que repasamos estos datos, como digo, datos actualizados a diciembre del año 98, datos realmente frescos, recién salidos del sistema de información, quisiera sugerirles a todos ustedes la lectura, en el momento en el que lo consideren oportuno, del artículo que se publicó en la revista Anales *del sistema sanitario de Navarra denominado "Epidemiología de la infección por VIH y sida de Navarra", que, aunque recogía datos hasta diciembre del año 97, realmente, es un trabajo realizado desde el registro de sida de Navarra, que es claramente expresivo de cuáles son en estos momentos las principales magnitudes de la infección por VIH y sida en la Comunidad Foral. Quiero recordarles, además, que la revista* Anales *está a su disposición. Si necesitan cualquier número atrasado se lo podemos facilitar y, si no, está disponible en el web del Gobierno de Navarra de forma gratuita.*

Como bien saben, la infección por el VIH y el sida son, en realidad, dos estadios de un mismo proceso infeccioso de etiología vírica. La notificación de los datos de los pacientes que han desarrollado el sida refleja, por tanto, los casos de infección por VIH, que en nuestro sistema de información se refiere a los diez últimos años dado que, precisamente, éste es el periodo de incubación medio entre la infección por VIH y el sida en ausencia de tratamientos eficaces. Los nuevos antirretrovirales, como conocen ustedes, retrasan esa progresión, y desde el punto de vista epidemiológico comprometen la utilización de la incidencia del sida para producir la efectiva vigilancia epidemiológica. En Navarra, por tanto, disponemos, desde que comenzaron a presentarse los primeros casos de sida, de un doble sistema de información que aporta datos tanto de la incidencia del sida como síndrome clínico y diagnosticado, como también de la propia infección por VIH.

Hablando estrictamente del sida, del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, quiero decirles que hasta diciembre del año 98 se diagnosticaron y notificaron 675 casos de sida en Navarra. De esos 675, 613 eran de residentes en Navarra y fueron confirmados por el registro nacional del sida. Los restantes correspondían a casos de personas no residentes o a casos notificados previamente por otras comunidades autónomas que fueron adecuadamente purgados. El registro de los casos diagnosticados en el año 1998 no es del todo completo, aunque sí exhaustivo y suficientemente fiable, puesto que queda por revisar el registro de altas hospitalarias, que es un sistema de información añadido con un relativo retraso.

La incidencia de casos de sida en 1998 –y recuerdo para quienes no manejen terminología epidemiológica que incidencia es la aparición de nuevos casos, no la presencia de casos previos– mantiene un descenso iniciado ya desde el año 1995. Esta tendencia de descenso de incidencia, por tanto, de nuevos casos de sida, es similar, en unos términos muy parejos, a la descrita en el conjunto de la nación española. La tasa de incidencia de sida en Navarra es de 6'4 casos por cada cien mil habitantes en el último año y es similar a la media nacional, que es de 6'3 casos por cada cien mil habitantes. Se encuentran por encima nuestro comunidades como Madrid, el País Vasco o Baleares y, en cambio, a nivel europeo las tasas de Navarra, igual que las del resto de España, son considerablemente más altas que las observadas en la media de los países de la Unión Europea. Del total de casos confirmados –reitero que estoy hablando de sida, no de infección por VIH–, el 73'2 por ciento son hombres y el 82'4 por ciento tenían en el momento del diagnóstico una edad entre 20 y 40 años. Y los casos de sida pediátricos, es decir, de menos de 14 años suponen aproximadamente el 1 por ciento del total de casos. En distribución geográfica, el municipio de Pamplona acumula el 53 por ciento de los casos.

Entre los hombres la categoría de transmisión más frecuente es la utilización de drogas por vía parenteral, que es la vía de contagio determinada en el 71 por ciento de los casos, y se estima que el 12'7 por ciento son casos debidos a transmisión por contactos heterosexuales y el 10'2 por ciento a prácticas homosexuales. Sin embargo, entre las mujeres el 78'5 por ciento se debe al uso compartido de jeringuillas y el 14'7 por ciento a contactos heterosexuales. Estimamos, por el análisis de estos datos en términos comparativos, que a lo largo de los años no ha habido cambios importantes en este

patrón de contagio como lo demuestran los datos que se presentan en este estudio.

Navarra presenta en estos momentos, porcentualmente, más casos de transmisión parenteral que la media observada en España, donde ha descendido al 60 por ciento de los casos en hombres y al 56 por ciento en mujeres y, en cambio, hay comunidades como el País Vasco y La Rioja que presentan unos porcentajes ligeramente superiores a los nuestros.

A nivel de la región europea los usuarios de drogas suponen en torno al 43 por ciento. Ésta es una cifra de contraste llamativa con la cifra que registramos en Navarra. En concreto, sólo en Italia y en España más de la mitad de los casos se producen en usuarios de drogas inyectadas, lo que subraya la importancia de desarrollar estrategias de prevención dirigidas a estos grupos. El porcentaje de usuarios de drogas por vía parenteral entre los enfermos de sida es mucho más bajo en otros países como Alemania, donde es solamente el 14 por ciento, en Holanda, donde es el 10 por ciento e, incluso, en el Reino Unido, donde es el 6 por ciento. Por tanto, un primer dato que creo que es importante para el desarrollo posterior del motivo fundamental de la comparecencia es ese elevadísimo porcentaje que en Navarra y en España se registra de incidencia de nuevos casos de sida que todavía se atribuyen a la utilización de jeringuillas, a la utilización de drogas por vía parenteral.

En cuanto al ámbito estricto de lo que es la infección por VIH, es decir, el estado de seropositividad, quiero decirles que entre 1985 y diciembre del año 1998 el sistema de vigilancia de VIH en Navarra ha registrado 2.261 personas con infección por VIH. Los datos correspondientes estrictamente al año 98 son todavía incompletos, pero me parecía adecuado traer un avance a esta Comisión, puesto que los diagnósticos deben revisarse de origen en los propios centros y laboratorios de microbiología. Del total de los casos citados, de los 2.261, los datos disponibles indican que al menos 1.914 son atribuidos a residentes en Navarra, y que el número anual de casos ha presentado dos picos máximos, uno en el año 1987, con 249 casos, y otro en el año 1991 con 236 casos. A partir del año 92 se ha observado, en este ámbito estricto de la seropositividad frente al VIH, un descenso progresivo en el número anual.

De los infectados por VIH el 71'8 por ciento son hombres, el 28'2 por ciento son mujeres y se conoce la categoría de transmisión, aproximadamente, en el 75 por ciento de las personas. Globalmente, en todo este periodo las categorías de transmisión predominantes fueron con un patrón similar al del propio desarrollo de la enfermedad del sida, puesto que el 84 por ciento eran usuarios de drogas por inyección, un 9'5 por ciento fueron contactos heterosexuales y un 3'7 por ciento fueron contactos homosexuales. Un pequeño porcentaje se debió a la recepción de hemoderivados y de transfusiones en toda esta serie considerada. Evidentemente, no aparecen nuevos casos por esta categoría y son 16 los casos de infección por VIH, que no han desarrollado todavía sida, atribuibles a la recepción, en su momento, de hemoderivados y de transfusiones contaminadas.

Como decía, el sistema de vigilancia de VIH está mostrando en Navarra, afortunadamente, un descenso del número anual de casos a partir del año 92, un descenso mucho más marcado en el caso de los hombres. Hay unas tendencias similares observadas en algunas zonas italianas como en Lazio, donde se ha atribuido, tal vez, a una determinada saturación del grupo de usuarios de drogas precisamente la casuística que aquí considero. Entre los hombres sorprende el mayor número de casos atribuidos a contactos heterosexuales que a contactos homosexuales y que como puede observarse, en parte, se debe a una mala clasificación del modo de transmisión. De hecho, en el estado de Florida se ha realizado un estudio donde se encontró que aproximadamente a un 40 por ciento de hombres que declaraban haber sido expuestos al VIH por un contacto heterosexual, además se les encontraron otros factores de riesgo productores de una posible infección por VIH. Es decir, un 40 por ciento de contactos presuntamente heterosexuales como vía de adquisición del virus realmente tenía otros factores añadidos no considerados en la estadística básica. Por tanto, la incidencia acumulada de infección por el VIH en Navarra supone 34 personas con infección por cada diez mil habitantes, que supera con creces lo que se estima en países como Finlandia, donde hay 1 seropositivo por cada diez mil habitantes, en Dinamarca, donde hay 8 seropositivos por cada diez mil, o en Holanda, donde hay una tasa de 2 seropositivos por cada diez mil habitantes.

Después de este repaso de la situación epidemiológica quisiera hacer una indicación –obligatoriamente tiene que ser también numérica– sobre cuál es en estos momentos nuestra actividad de tipo asistencial, porque creo que ésta es también una consideración que puede interesar a sus señorías. En el año 1998 –aquí sí que la estadística está cerrada– se atendió en el centro de referencia para VIH, que es el Hospital de Navarra, a un total de 591 pacientes con infección, es decir, ya con un síndrome declarado y relacionado con el VIH que generaron en conjunto un total de unas 1.884 consultas, de las cuales se estableció que 89 pacientes acudieron por primera vez a la consulta. Durante este mismo periodo, es decir, durante el año pasado ingresaron en esa unidad 448 pacientes, de los cuales 164 tenían patologías relacionadas con la infección del VIH generando 1.171 estancias con una

estancia media de 9'6 días, frente a la estancia media de pacientes con otras patologías diferentes a la infección por VIH, que fue de 8'9 días, ligeramente inferior.

Quiero decirles también que desde el año 1997 el Hospital de Navarra dispone de las técnicas más avanzadas de detección analítica de la carga viral y de la detección y determinación de las poblaciones linfocitarias que se introdujeron, en primer lugar, para adecuar la indicación terapéutica en el el ámbito de los antirretrovirales y, además, para poder monitorizar la evolución de la enfermedad una vez instaurada la terapéutica. Las determinaciones analíticas de carga viral y de poblaciones linfocitarias fueron en el año pasado 1.884.

Quiero hacer también una consideración económica que no quisiera que nadie malentendiera, y es el hecho de que de los 459 pacientes en tratamiento 335 están con triple terapia, 121 están con doble terapia y 3 están con monoterapia. El coste estimado mensual de estos pacientes se aproxima a los 32 millones de pesetas y el real, en el año 1998, fue de 344 millones de pesetas considerando estrictamente el coste de la terapéutica triple, doble o en monoterapia. Es, por tanto, un coste farmacológico de aproximadamente un millón de pesetas diarias a cargo de la sanidad pública que yo nunca calificaré ni de grande ni de pequeño sino, simplemente, de adecuado, puesto que, como digo, se sabe que esta terapéutica se instaura cuando hay una indicación correcta, y para causar una indicación correcta se determina el valor de la carga viral y de las poblaciones linfocitarias. Hasta el momento en Navarra han fallecido 378 personas a causa de la infección por VIH.

A partir de aquí quisiera ya entrar en una parte especificamente más preventiva puesto que, como antes comentaba quien presentaba la petición de comparecencia es algo que nos tiene que seguir preocupando. Y para hacerlo hay que volver a indicar que en Navarra estamos observando una disminución sustancial de los nuevos casos de sida por todas las vías de transmisión, pero que no por ver disminuir la aparición de nuevos casos de sida por todas las vías de transmisión dejamos de tener unos patrones de contagios que son abordables desde el campo preventivo. Por tanto, hay que analizar los índices epidémicos de los años correspondientes y vemos que hay una reducción de la transmisión por drogas por vía parenteral, aproximadamente, del 46 por ciento en hombres y del 48 por ciento en mujeres, estrictamente considerado el índice epidémico. Y también existe una disminución en las otras vías de transmisión: la heterosexual, del 55 por ciento de hombres y 62 por ciento de mujeres, y una reducción de varones homosexuales del 67 por ciento.

En Navarra, no obstante, y antes se lo indicaba especificamente, se mantiene proporcionalmente la transmisión entre drogadictos por vía intravenosa en el 75 por ciento de los casos y, por tanto, es uno de los objetivos prioritarios de cualquier programa de intervención en prevención que se quiera hacer de forma solvente. Por tanto, tenemos que deducir ya que la lucha contra la drogadicción y el programa de reinserción que desarrolla el Departamento de Salud es uno de los programas prioritarios en la lucha contra el sida dada esa cifra del 75 por ciento de contagios todavía atribuibles a la utilización de inyecciones por vía intravenosa ligadas a la drogadicción. Por tanto, la lacra de la drogadicción introducida en España es la responsable de estos altos niveles de prevalencia.

Y quiero, además, decirles, no de forma osada sino de forma auténticamente sustentada en los datos, que si se resolviera esa vía de transmisión, es decir, si se resolviera de una vez por todas el problema de la drogadicción tendríamos que considerar al sida nada más y nada menos que como una enfermedad puramente de transmisión sexual, de la misma forma que hacemos en consideración epidemiológica con el sida o con la gonorrea y que, por tanto, podríamos actuar de forma específica en esos ámbitos de riesgo de esas enfermedades y tratar de acercarnos a los estándares de esos niveles europeos. Evidentemente, esto es un desiderátum, *es decir, no podemos en estos momentos, simplemente pegando un puñetazo en la mesa, zanjar el problema de la drogadicción. Por tanto, tenemos que tener una consideración muy específica en el campo preventivo de esta materia.*

Decía anteriormente que la transmisión heterosexual también se viene reduciendo y que en el año 1997, y éste es un dato llamativo, por esta vía solamente se han diagnosticado cuatro casos en hombres y un caso en mujeres. Por tanto, tanto la transmisión por inyecciones de drogas como la heterosexual nos sitúan en unas determinadas poblaciones de riesgo. Y cuando hablo de poblaciones de riesgo quiero decir personas que incorporan prácticas de riesgo. Sabemos perfectamente desde que esta enfermedad es conocida, desde su planteamiento epidemiológico, que no podemos hablar de grupos de riesgo, sino que tenemos que hablar de prácticas de riesgo. Pero, en cualquier caso, el concepto de población de riesgo incorpora, en semántica epidemiológica, las personas que pertenecen o que ejercitan algún determinado tipo de práctica de riesgo. Por tanto, tenemos que considerar, dentro de las poblaciones de riesgo, específicamente a los drogadictos y también a quienes comparten hábitos sexuales u homosexuales con personas que han utilizado previamente la drogadicción.

En consecuencia, podemos también determinar personas con comportamiento sexual de alto riesgo, que son precisamente los contactos sexuales de los drogadictos por vía parenteral, o también los contactos sexuales con personas con historia de enfermedad de transmisión sexual, o quienes tienen múltiples parejas sexuales, o con hombres que tengan relaciones sexuales con otros hombres. Estos grupos de alto riesgo son los que se determinan desde el plano epidemiológico y, por tanto, nos generan una preocupación específica para tratar de atajar, desde el plano preventivo, las posibles prácticas de riesgo. Como digo, son tanto hombres como mujeres que mantienen relaciones con personas previamente infectadas por el virus del sida, como es la penetración anal sin protección.

Por tanto, en el campo de la prevención tenemos que establecer un principio muy claro y creo que es lo que tiene que ilustrar cualquier debate al respecto, y es saber separar, y esto es importante, señoras y señores Parlamentarios, esas medidas de prevención de carácter general, es decir, esos consejos sanitarios que se dan a la población, de las medidas que específicamente se tienen que desarrollar como estrategias individuales después de haber determinado grupos estrictos de riesgo. Y a tal respecto, y dado que antes les solicitaba atención sobre un artículo publicado en la revista Anales, *también les solicito que mantengan esa misma atención para el próximo número de esta revista en donde se va a incorporar un importante estudio, que ha sido ya admitido para su publicación, que establece, precisamente, los perfiles epidemiológicos en pacientes infectores por el virus de la inmunodeficiencia humana, a cargo de expertos de las unidades de salud pública y clínica epidemiológica del Hospital Universitario de Valencia y de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valencia. Evidentemente, yo no voy a anticipar numéricamente el contenido de este trabajo, pero sí que se determina algo que me parece que es crucial, como antes les decía, y es el hecho de que la política de prevención, en muchas ocasiones, tiene una base de opinión o una base generalista más que una base científica y que, por ello, es necesario para la comunidad científica tener un mejor conocimiento de las características de los pacientes infectados, es decir, ser capaces de dividir en subgrupos y en prácticas de riesgo añadido a quienes están clásicamente conceptuados dentro de las prácticas genéricas de riesgo, y que a partir de aquí seamos capaces de valorar mejor los programas y las políticas de prevención teniendo en cuenta estas peculiaridades de cada área y su evolución en el tiempo.*

Sabemos, y hasta este momento es así, que la mayoría de los estudios publicados en el campo del sida y del VIH se refieren a la descripción de los pacientes con sida, cuyos datos se obtienen de forma agregada en el registro nacional. Sin embargo, son muy pocos pero cada vez más importantes los estudios que describen las características de los pacientes en el momento de la infección por VIH. Y, precisamente, este estudio, como luego explicaré en un pequeño retazo, está estableciendo exactamente los perfiles de los nuevos casos de infección de VIH con unas caracterizaciones, incluso de tipo social y de tipo laboral, que nos permitirán actuar desde el punto de vista de la medicina preventiva de una forma muchísimo más adecuada. Quiero decirles, por una parte, que el departamento desarrolla una línea de trabajo en materias preventivas generales, es decir, mensajes dirigidos a la población general y, por otra parte, también está abordando estrategias individuales sobre estos específicos ciudadanos que son personas de riesgo y, en especial, sobre las personas con comportamientos sexuales de alto riesgo.

Sobre los aspectos de prevención general yo quiero reiterarles que las actitudes del Departamento de Salud son las que están contenidas en la evidencia científica internacional y, en concreto, les cito de forma clara lo que está sancionado en el campo de la reducción de riesgos por el grupo operativo de los servicios preventivos de Estados Unidos y Canadá, que son tres ejes de trabajo del Departamento de Salud y del Instituto de Salud Pública.

El primero es la recomendación, y reitero, a la población general de abstinencia sexual o de mantenimiento de relaciones sexuales monogamas o mutuamente fieles, algo que, lejos de tener ninguna conceptuación moral, tiene una conceptuación de evidencia científica en el campo de la prevención y de la reducción de riesgos.

A partir de aquí, como segundo elemento de prevención de carácter general, está la recomendación sobre el uso habitual del preservativo en las relaciones de riesgo.

Y en tercer lugar, también como consejo de carácter general, está el evitar equipos de inyección contaminados por el múltiple uso. Tengan presente, señoras y señores Parlamentarios, que estas consideraciones hay que verlas en el contexto de lo que son las medidas de carácter general dirigidas al conjunto de la población y, además, como medidas interdependientes, no como medidas aisladas. Que nadie venga a decir que el Departamento de Salud se limita a recomendar la abstinencia sexual para no contagiarse del sida. Estamos hablando de la abstinencia sexual como consejo sanitario y estamos hablando también, como consejo sanitario añadido, del uso del preservativo habitualmente en relaciones de riesgo y también de evitar esos equipos de inyección contaminados por el múltiple uso.

A partir de aquí quisiera hacer una indicación más específica sobre estas estrategias individuales

que, sin duda ninguna, son las estrategias del futuro, porque son las que más efectividad van a tener desde el punto de vista de la prevención. Como digo, hay ya estudios muy valiosos desde el punto de vista de la salud pública en donde se nos indican perfiles específicos de quienes contraen el sida y que demuestran también que hay grupos de altísimo riesgo en personas que mantienen relaciones sexuales, precisamente, con personas que han tenido contagio del virus a través de la utilización de drogas por vía parenteral.

Y a partir de aquí quisiera hacerles una mención sucinta, aunque podría extenderme, sobre las actividades y los objetivos específicos para este año en el cumplimiento de estas actividades de prevención. En primer lugar, hay un gran apartado que desarrolla el Departamento de Salud sobre la coordinación y el apoyo de la puesta en marcha de nuevas intervenciones de prevención en el ámbito específico que se considere. Y dentro de ellas, quisiera citar dos, concretamente. Una es la colaboración que se tiene en la coordinación de actividades de prevención dirigidas a la prostitución desde los propios Cofes, que tienen desde el plano de la salud pública una función de asesoría, puesto que son los Cofes quienes están, en algunas ocasiones, recibiendo las demandas asistenciales de las personas que están en el ámbito de la prostitución. Hace poco tiempo tuve ocasión de responder de forma extensa a una pregunta que hizo la señora Arboniés, y creo que fue tan extensa la respuesta que le dio, incluso, para proponer un proyecto de ley a la Cámara. Ahí creo que se veía, de forma muy clara, cuál era el nivel de control que tiene el Departamento de Salud para las actividades de la prostitución en donde, evidentemente, se vio que había una actitud proactiva y comprometida con la mejora de las condiciones sanitarias de quienes ejercen la prostitución en la Comunidad Foral.

En segundo lugar, también dentro de este campo de actuaciones específicas, se promueven acciones dirigidas a la población que consume drogas por vía parenteral o, incluso, quienes han sido anteriores consumidores o ex consumidores de las mismas. Éste es un campo en el que esta consideración se ha introducido como prioridad en el programa de subvenciones que otorgamos a las organizaciones no gubernamentales, puesto que fue informado positivamente tanto por el programa como por el plan foral de drogodependencias, así como por la subdirección de salud mental, es decir, ésta es una consideración que nosotros puntuamos para otorgar subvenciones a las ONG. Asimismo, el Instituto de Salud Pública trabaja en el ámbito educativo y lo hace, precisamente, para favorecer dentro de ese ámbito educativo las actitudes positivas en cuanto a la prevención del VIH, y es un campo en el que también se parte con la colaboración de las organizaciones no gubernamentales.

Ni qué decir tiene que también hay actuaciones específicas dirigidas a la población general, por ejemplo, el día del sida, que el Departamento de Salud no digo que celebre sino que realiza, y recuerda toda la consideración y casuística del sida en nuestra Comunidad, pero quiero decirles que con escaso éxito. Este año pasado, a pesar de que hicimos un trabajo previo de sensibilización de cara a la opinión pública creo que importante y que, incluso, publicamos inserciones publicitarias en los medios de comunicación el mismo día mundial del sida, fue auténticamente desalentador que ante la convocatoria de una conferencia que habíamos hecho a la propia sociedad navarra y, específicamente, a los sanitarios de Navarra, en donde se hablaba de la situación actual del sida en Navarra, muy pocas personas acudimos a esa cita y, realmente, es triste comprobar cómo un tema que se supone que es de tan palpitante actualidad, al final, es de tan escasa concurrencia en un acto público donde había, además, esa capacidad de preguntas y de dialogar con quienes estaban trabajando en primera línea con este tema. También quiero decirles que dentro de este enorme capítulo de intervenciones de prevención en ámbitos específicos hay también una actitud proactiva en el medio sanitario, precisamente, para cumplir con los objetivos que tenemos dentro del ámbito de la epidemiología en los propios centros sanitarios.

Como segunda línea de trabajo quiero decirles que el departamento mantiene el suministro de materiales específicos para la prevención. Mantenemos, como no podía ser de otra manera, la distribución de kits sanitarios antisida en colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos y la Comisión Ciudadana Antisida y que, además, se ha mantenido su distribución a través de oficinas de farmacia y de la propia comisión. Incluso, hemos incrementado las cantidades con respecto al año 97, porque hemos incorporado nuevas áreas de distribución, específicamente en Tudela. Además, se ha iniciado el contacto para iniciar programas de intercambio de jeringuillas en algunas farmacias, aunque esto está todavía en un nivel previo. El éxito del kit –digo el éxito en el campo sanitario– es porque asocia jeringuilla y preservativo, es decir, no es un kit que se oriente de forma específica a cualesquier práctica presuntamente de riesgo, sino que, precisamente, es un kit que pone a disposición del drogadicto que necesita la jeringuilla también ese preservativo para yugular una posible incidencia de la transmisibilidad. Mantenemos la oferta de facilitar también preservativos a colectivos y asociaciones aunque esto, evidentemente, lo tenemos que hacer con el criterio sanitario que antes les decía.

Hemos iniciado –lo saben ustedes y ha sido noticia bien divulgada, aunque no hemos sido los primeros en España, pero sí los segundos– un programa de intercambio de jeringuillas en la prisión de Pamplona después de que un comité de expertos, no solamente sanitarios sino personas de la judicatura y del ámbito penitenciario, haya trabajado de forma muy satisfactoria y haya permitido, por tanto, que se iniciara en la segunda quincena del mes de noviembre del año pasado este programa.

Hay una cuarta línea de trabajo, que es continuar apoyando la formación continuada y la investigación del personal sociosanitario. Ésta es una labor también específica del Instituto de Salud Pública frente a las personas que tienen tras de sí, tanto en organizaciones no gubernamentales como en asociaciones profesionales relativas a la salud o al bienestar social, estos ámbitos de consideración del sida.

Hay una quinta fase global de actuaciones que es mantener y desarrollar nuevas formas de intervención social en relación con la vivienda, precisamente para su utilización por personas relacionadas en el programa de la red de recursos de vivienda y residenciales en Navarra promovido por ayuntamientos, el propio Gobierno de Navarra o, incluso, organizaciones no gubernamentales.

Hay también una actitud palpable de mantener la colaboración con los grupos de participación social y comisiones técnicas. Hay un resumen exhaustivo de este trabajo.

Y, por último, el Instituto de Salud Pública participa en el proyecto de la red europea de trabajo en prisión y en el proyecto Epitelio, que también trata sobre el campo del sida en las prisiones, y mantenemos, como antes he comentado y esto es importante, la vigilancia epidemiológica sobre la infección y la enfermedad.

Creo que es, por tanto, un programa completo y exhaustivo, en el que, como antes decía, posiblemente el futuro no esté tanto en las actividades de divulgación de cara a la población general, que son unas actividades no siempre bien evaluadas en términos de efectividad, sino en focalizar nuestra actuación en campos concretos dentro de esa distribución porcentual de la incidencia de nuevos campos de sida.

Para finalizar, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios, no quisiera terminar sin hacer referencia en ésta mi primera intervención a un tema que ha tenido interés, que es un tema candente y que, incluso, motivó en su momento una pregunta parlamentaria del Grupo de Izquierda Unida sobre el registro nominal de sida que existe en Navarra, es decir, sobre el registro que en salud pública se lleva sobre las personas con VIH sida en Navarra. Tuve especial interés en dar una respuesta por escrito suficientemente exhaustiva y explicativa a lo que era una preocupación del Grupo de Izquierda Unida que, por otra parte, es también algo que ha saltado en los últimos meses al plano mediático. Yo no quisiera reiterar los términos de esa contestación, como digo, exhaustiva, pero sí aportar una valoración adicional.

En primer lugar, quiero decirles que éste es un registro que, como en la respuesta se establece, cumple de una forma yo creo que adecuada las condiciones de confidencialidad que tiene que tener. Se hacía referencia a cómo es un registro distribuido en dos sistemas distintos de computación, en dos ordenadores diferentes, y que estaba con unos adecuados niveles de control en el campo de trabajo de los sanitarios como para garantizar que es un registro seguro, en donde nadie puede sospechar una pérdida de información relevante para el secreto profesional de las actuaciones en un seropositivo o en una persona con sida.

En segundo lugar, quiero reiterar también algo que ya expresé en esa respuesta: estimo que ése es un registro que tiene el respaldo explícito, mientras no se demuestre lo contrario, de este propio Parlamento, que en el año 1995 aprobó por unanimidad un programa de prevención y control del sida que previamente había elaborado una comisión asesora técnica del sida, en donde estaban representadas también organizaciones no gubernamentales. El propio Parlamento aprobó conteniendo esta consideración del registro de estos casos.

Y en tercer y último lugar, y no por ello menos importante, quisiera decirles que de la misma manera que el sistema sanitario guarda y custodia historias clínicas de todos nosotros y lo hace en unas condiciones de secreto profesional y de confidencialidad adecuada, yo creo que este registro tiene que tener esa misma consideración de puesta a disposición del sistema sanitario de unos datos que son relevantes para el conjunto de la población. Y en este sentido quisiera decirles que es necesario seguir fomentando la solidaridad de la sociedad para con los afectados por VIH y por el sida. Esa solidaridad tiene que tener cada vez un mayor refuerzo y se tiene que fomentar cada vez más, pero creo que también es exigible que esa solidaridad tenga un camino inverso. Y creo que es perfectamente exigible a las personas que están infectadas, a quienes son seropositivos, a quienes han desarrollado sida, que confíen en las instituciones sanitarias y en los sistemas de salud pública para tener en ellos registrados sus datos, precisamente, porque son unos datos útiles para el conjunto de los ciudadanos. Y me parece que hay que tener esta consideración de la solidaridad inversa porque, como ustedes saben, en este registro nadie está de forma obligada. Cualquier ciudadano puede retirar sus datos si conoce que están ahí ins-

critos y puede, por tanto, eliminar cualquier referencia personal en ese registro. Pero a mí me parece que una vez salvaguardada la información, una vez garantizada la total confidencialidad de los datos que ahí están registrados, creo que es muy justo que la propia sociedad pida esa solidaridad del seropositivo, esa solidaridad del enfermo de sida para que la propia organización sanitaria de la salud pública disponga de esos datos para atajar el progreso de esta infección y la generación de nuevos casos de esta enfermedad. Por tanto, me parece que es una reflexión que hay que lanzar.

En cualquier caso, son ustedes, señores Parlamentarios, quienes tienen la capacidad, por supuesto que sí, de modificar ese acuerdo del año 95, de cambiar el programa de prevención y control del sida. Evidentemente, creo que debería hacerse de forma consensual y coordinada con esa comisión asesora técnica del sida y con las propias organizaciones no gubernamentales. Es decir, no es cuestión de tomar un acuerdo mañana por la mañana modificando lo que es un plan felizmente aprobado por unanimidad en el año 95 por este Parlamento. En cualquier caso, para quienes quieran crear polémica con este tema, quisiera darles esa triple consideración de que está avalado por un acuerdo parlamentario, de que hay una garantía absoluta de confidencialidad y de utilización estrictamente sanitaria ahí contenida, y, en tercer lugar, que creo que es muy justo que la sociedad pida también solidaridad a los enfermos de sida, de la misma forma que la sociedad entrega esa solidaridad de forma múltiple a través de la consideración tanto afectiva como de recursos asistenciales que se ponen a su disposición.

Por mi parte, esto es todo y quedo, evidentemente, a disposición de las preguntas que se quieran desarrollar. Muchas gracias, señor Presidente.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Consejero. Continuamos la sesión. Señor Ciáurriz, ¿desea intervenir?*

SR. CIÁURRIZ GÓMEZ: *Gracias, señor Vicepresidente. La verdad es que aunque la realidad hace que los datos de la evolución de esta enfermedad esté siendo positiva, como decía al principio de mi intervención y también manifestaba el Consejero, en el sentido de que va disminuyendo una situación enormemente preocupante que se produjo en el inicio de esta enfermedad y con la evolución progresiva de casos que se estaban dando a lo largo de los primeros años, hay que señalar que los datos que nos daba el Consejero, en la primera parte de su exposición en relación con la situación de Navarra, no dejan de ser alarmantes y preocupantes en relación con lo que ocurre, según la propia información que se nos ha dado, en otros países europeos, evidentemente mucho más adelantados en el tratamiento de esta enfermedad, y también dentro del propio Estado en relación con otras comunidades.*

Por tanto, en Navarra creo que debemos seguir teniendo la sensación –me parece que es objetivamente real– de que la situación es todavía muy complicada y que los datos que existen en este momento, aunque disminuyen en relación con años anteriores, siguen siendo muy preocupantes y alarmantes, y eso nos tiene que llevar a la primera consideración que me parece que debemos hacer en relación con esta cuestión. Estamos de acuerdo en que en este momento, dentro de las capacidades que puede tener la Administración Pública, la prevención es la manera más eficaz de evitar ese proceso y que todos los países del mundo que tienen índices, en este momento muy inferiores a los que tiene nuestra Comunidad, han tenido que fundamentar esa disminución en relación con esa prevención porque, en definitiva, el tratamiento terapéutico, la medicación está siendo común en todos los países del mundo. Evidentemente, no sé si estamos acertando suficientemente en las medidas de prevención o en la concienciación social de esas prácticas de riesgo que realmente son las que producen, en muchos casos, esta enfermedad. Y, desde luego, todavía estamos en una situación preocupante.

Yo le entiendo al señor Consejero cuando dice que las medidas de carácter general son muchas veces reiterativas o tienen un sentido cada vez menor, pero a mí me parece que deben seguir teniendo una eficacia y no debemos bajar la guardia en ese sentido, porque los jóvenes, de alguna forma, se incorporan a un proceso en el que pueden entrar en prácticas de riesgo de un día para otro a edades que, a lo mejor, no tienen conciencia de la situación anterior. Evidentemente, esas medidas de carácter preventivo, de carácter general son absolutamente necesarias, pero estoy de acuerdo también en que, a lo mejor, estamos fallando o fracasando en la necesidad de que la evolución de esas medidas preventivas se dirija de forma mucho más cercana y próxima a los grupos de riesgo y a las personas que pueden tener prácticas de riesgo, para las cuales, quizás, esas medidas de carácter general muchas veces son ineficaces por su propia situación dentro de la sociedad, algunas veces, marginados directamente y, otras veces, marginados también por la propia sociedad y viviendo en unos núcleos específicos o relacionados con la drogadicción, y que tienen un tratamiento de acercamiento a esos grupos mucho más complicado.

Yo entiendo el carácter general que estaba estableciendo el Consejero, pero me da la sensación de que estamos manteniendo, quizá, un relajo social en este tema y, de alguna forma, de las alarmas anteriores de hace unos años –ponía el señor Consejero el ejemplo de ese día de reflexión sobre el

sida– realmente estamos entrando en una cierta sensación de relajo y, a lo mejor, no afrontamos de forma más directa y más agresiva esos grupos y esas prácticas de riesgo, a quienes nos tenemos que dirigir de forma, creemos nosotros, mucho más directa y continuada porque, evidentemente, los datos que seguimos teniendo en Navarra son alarmantes en relación con otras comunidades o con otros países.

Por tanto, nos parece que puede no ser positivo que en este momento, en el que podemos estar en una situación que se va superando por la sociedad, estemos en una situación que pueda ser reversible –espero que no en los límites anteriores– respecto a riesgos en que puedan ir incurriendo, sobre todo, sectores jóvenes de la población que les cogió hace diez años o hace ocho o hace siete o hace seis o hace cinco bastante lejos todavía de su conciencia en este problema y de las importantes acciones que se pudieron realizar hace unos años, cuando esta enfermedad produjo un impacto social enorme.

Por eso, cuando tenemos conocimiento o se nos dice que una parte de las subvenciones estatales que recibían las asociaciones antisida ha sido retirada por no sé qué razones, no sé si razones de convenio económico pero que, en cualquier caso, disminuyen la capacidad económica de estas asociaciones, y cuando el otro día decía el señor Consejero que un proyecto que se estaba realizando durante el año pasado, que costaba 14 millones de pesetas, y que iba dirigido expresamente a la gente joven, a la adolescencia, con acciones muy directas y muy próximas en el medio en donde realmente hay que realizar este tipo de acciones, en poblaciones donde nadie había ido a hablar del sida nunca, donde tenía un sentido importante, cuando ese proyecto dio los resultados que dio, no sé cuáles fueron a juicio de la Consejería, pero, en definitiva, para las personas que aquí vinieron y para la coordinadora de Cofes tuvo una eficacia de cierta importancia, y ahora se abandona o no se financia o se deja, a lo mejor, para otra mejor ocasión, nos da la sensación de que podemos estar entrando en una situación de cierta reiteración de elementos comunes y de medidas de carácter general o de medidas más o menos concretas pero reiterativas y, a lo mejor, no profundizando exactamente en todos los grupos de riesgo en la forma que habría que seguir profundizando.

Por lo tanto, no quiero ni debemos ser alarmistas ante esta situación, pero sí me parece que la situación de Navarra todavía es muy preocupante. Estamos en unos niveles todavía importantes y muy altos en relación con otras comunidades y creo que debemos seguir haciendo un esfuerzo. Quizá, esto nos deba servir también de reflexión para tratar de que esas medidas, y estoy de acuerdo con el Consejero, que se deben acercar a esa población de riesgo y deben ser cada vez más individualizadas sigan teniendo una continuidad. Y, sobre todo, que siga habiendo una cierta imaginación para acercarse a esas personas que en muchas de las ocasiones viven en situaciones marginales o alrededor, como ya he dicho antes, de la droga o de elementos difíciles de entrar para la propia Administración o para la sanidad pública. Ésa es la preocupación.

Agradezco al Consejero la información que nos ha dado y espero que volvamos a tener un revulsivo, porque ésta es una enfemedad para la que, como se ha dicho, no se ha encontrado todavía una vacuna y su único tratamiento sigue estando en las medidas preventivas, y la prevención, o se mantiene de forma activa, permanente y vigilante durante todos los días del año y durante todos los años hasta que esto tenga otra solución, o, desde luego, podremos entrar en una situación de un cierto relajo y volver a caer en situaciones en las que la gente joven, sobre todo, y los que tengan prácticas de riesgo más importantes vuelvan, de alguna forma, a olvidarse de los elementos fundamentales que hemos visto y ha señalado el Consejero, que son para tratar de evitar el contagio. Y ésa es una reflexión que al hilo de la intervención del Consejero se me pueda ocurrir en este momento.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Ciáurriz. Señor Viñes, tiene la palabra.*

SR. VIÑES RUEDA: *Muchas gracias, señor Presidente. Yo quisiera manifestar la impresión de nuestro grupo en relación con las comparecencias y con la situación del tema que se plantea. La primera impresión que yo quiero transmitir es la satisfacción de que durante dos horas y media este Parlamento hable de salud pública, como ya lo ha puesto en evidencia el señor Consejero. Ustedes saben que la salud pública, dentro del sector de la sanidad, normalmente ha sido bastante olvidada. Muchas veces, se puede decir, ha sido la hermana pobre porque la preocupación y la potencialidad de la asistencia de todo el sistema cogía un protagonismo y olvidaba, precisamente, que ese sistema asistencial tiene que trabajar por objetivos de salud y que, precisamente, el planteamiento de los objetivos de salud tiene que ser orientado y dirigido hacia la salud pública. El que la salud pública alcance el protagonismo de centrar, por así decirlo, los objetivos asistenciales es una enorme satisfacción y creo que hay mucho que hacer, mucho que profundizar y potenciar en ese sector de salud pública y que nuestro grupo, UPN, está absolutamente decidido a realizar. Por lo tanto, satisfacción en el sentido del protagonismo que hoy está teniendo la salud pública.*

En segundo lugar, en relación con la segunda comparecencia sobre el sida, yo quisiera manifestar de manera rotunda que la situación del sida en

Navarra en este momento no es, naturalmente, la que es deseable desde el punto de vista de la sanidad, pero en absoluto su situación es alarmante comparativamente con periodos anteriores. Por tanto, señor Ciáurriz, la palabra alarmante no es la más adecuada en el momento actual. Efectivamente, tenemos unas tasas muy superiores a otros países europeos, pero a nivel nacional estamos ya muy por debajo de la media. A finales de los años 80 y 90, Navarra era la segunda Comunidad infectada por sida después del País Vasco. En estos momentos, estamos ya sobre la séptima o la octava y por debajo de la media. Por tanto, en ese sentido, estamos en una situación de tensión, en cuanto a los objetivos, por resolver el problema del sida, pero no ésa alarma que puede suponer una situación incontrolada, sino, gracias a Dios, una situación que se encuentra en fase de control. Y se encuentra en fase de control porque la prevención está funcionando.

Es evidente que cuando hemos oído del Consejero la reducción desde el año 95, mejor dicho, ya en el año 95, por tanto, desde la cumbre del año 94 podríamos decir, una reducción en la transmisión por drogas, por inyección parenteral, por usuarios de droga por vía intravenosa, del 46 y del 48 por ciento en cinco años, señor Ciáurriz, o una reducción de la transmisión heterosexual del 55 al 52 por ciento, se ha reducido más de la mitad en la transmisión heterosexual, que tanto nos está preocupando, o la homosexualidad, es decir, la transmisión por vía de grupos y prácticas de riesgo homosexuales del 70 por ciento, no podemos decir que estemos en una situación alarmante ni que estemos ante un fracaso de la prevención.

Y, evidentemente, cuando se empezó a observar que había una reducción de los casos de sida se empezó a pensar que era por los gastos de las drogas y de las combinaciones de drogas en el tratamiento de los infectados. Pero yo vuelvo a hacer referencia al trabajo que ya está publicado en la revista Anales, *en donde podemos observar la reducción del número de infectados en la vigilancia del sida. Por lo tanto, no es que el menor número de casos de enfermos de sida sea debido a los tratamientos; en parte empiezan a ser eficaces en las personas infectadas y, por tanto, no manifestarían la enfermedad, sino que se debe también a una reducción real de la infección porque hay una conciencia y porque las medidas de prevención que se vienen haciendo, evidentemente, están resultando favorables.*

¿Cuál es la situación de Navarra o de España con respecto a otros países? La droga es la fracción atribuible más importante en los casos de sida en España. Si, evidentemente, se consiguiera contrarrestar y controlar la transmisión por vía intravenosa nos encontraríamos en una transmisión sexual, que es la enfermedad del sida, con unas cotas o con unos niveles bajos. Por tanto, la situación superior con respecto a otros países se debe a la importancia de la transmisión por vía intravenosa a través de la drogadicción. Por tanto, la lucha fundamental de las causas atribuibles más importantes en el 75 por ciento de los casos contra el sida es la lucha contra la drogadicción, y ahí es donde hay que centrar esa práctica de riesgo de manera muy importante o fundamental. Por tanto, no podemos decir que la situación es optimista, mientras siga habiendo sida, pero, evidentemente, ésos son los datos reales que funcionan.

Yo quisiera hacer también alguna observación en relación con algo que parece que preocupa o que tiene más sensibilidad que la drogadicción, como es la transmisión heterosexual. En este sentido, yo desearía que antes de tomar decisiones reflexionáramos sobre cuál es nuestra situación. Nuestra situación, ya se ha dicho, es que está reduciéndose en la transmisión heterosexual, pero yo quiero resaltar –y todos ustedes lo saben, señorías, aunque, a veces, lo olvidamos en la semántica y en la dialéctica– que la transmisión heterosexual no es una transmisión del sida sino que son las prácticas de riesgo heterosexuales, las prácticas de riesgo en la homosexualidad o las prácticas de riesgo en la drogadicción. Por tanto, no podemos hablar de grupos de riesgo heterosexuales. La heterosexualidad no es un grupo de riesgo, ni las relaciones heterosexuales suponen la transmisión del sida, sino prácticas de riesgo heterosexuales o prácticas de riesgo en la homosexualidad. Y ahí es donde hay que centrar la prevención: la educación sanitaria y todas las acciones que sean efectivas o eficaces en la prevención.

En ese sentido, yo quiero dar o recordar los datos que están publicados en la revista Anales, *aunque sin duda los tendrán ustedes, de cuál es el número de casos de transmisión heterosexual. Y entonces vemos que ha habido una reducción en el año 97, sin perjuicio de los últimos datos del 98 de que disponía el Consejero. En el año 97, en los hombres hubo cuatro casos y en las mujeres uno, y ésa es la situación real de la transmisión heterosexual. Ya lo ha señalado el señor Consejero: ¿cuál es la práctica de riesgo en la heterosexualidad? La práctica con compañeros sexuales o compañeras sexuales drogadictas. Y eso es lo que se puede evidenciar en los trabajos epidemiológicos. Por tanto, hay que tener en cuenta que la transmisión heterosexual no es en sí misma. Evidentemente, nuestro criterio es que el lanzamiento hacia la promiscuidad sexual, pero con preservativo, no es una prevención de sida, sino la prevención de dos formas de riesgo. Por tanto, la relación heterosexual sin preservativo en pareja conocida no infectada, evidentemente, no tiene ningún riesgo. Naturalmente,*

son aquellos grupos de riesgo infectados los que pueden transmitir la enfermedad, y eso es lo que hay que focalizar, como creo que decía el señor Consejero, los efectos de la prevención para evitar esas formas de transmisión sexual.

Ésa es la situación y nuestro criterio siguiendo, simplemente, las orientaciones, porque, a veces, cuando se predica y se dice que las recomendaciones técnicas sanitarias son relaciones sexuales monógamas, la abstinencia sexual, no podemos dejar de decirlo porque en ese caso sería tanto como borrar la Organización Mundial de la Salud, la Unicef, la CDC americana, la TASFOR americana, canadiense, etcétera y todos los técnicos y todos los expertos. Por tanto, eso hay que predicarlo con la misma efectividad con que se puede predicar el preservativo en las prácticas heterosexuales u homosexuales de riesgo. Ése es el enfoque que, como el señor Consejero ha manifestado, son las líneas y las directrices técnicas sanitarias que están llevando el departamento y el Instituto de Salud Pública en el programa del sida, y que en función de la verdad y de la objetividad es cuando, efectivamente, se pueden plantear acciones de prevención.

Por tanto, nuestro grupo exhorta y anima a las líneas que están poniendo en evidencia que la prevención está siendo efectiva por cuanto que el número de infectados es menor, las prácticas de riesgo y los grupos de riesgo están reduciendo, efectivamente, la enfermedad y, por tanto, no estamos en una situación optimista, pero bajo ningún concepto en una situación alarmista porque se está, en cierto modo, controlando lo que hace cinco o seis años parecía que era una plaga que no se iba a poder controlar. Esto se evidencia que no es así y creo que debe ser satisfacción de todos.

Naturalmente, no vamos a tener la pretensión y la absurda ridiculez de decir que desde que estamos en el Gobierno ha bajado. No. Cuando baja la enfermedad baja, efectivamente, como todos sabemos, por cuanto que es una transmisión muy larga y, por tanto, son acciones que se vienen haciendo desde la sanidad en periodos largos con esa efectividad. Y eso hay que decirlo y hay que reconocerlo. En ese sentido, creemos que las medidas que se han ido adoptando están resultando efectivas, habrá que seguir luchando, pero sin desfocalizar dónde están los problemas y los objetivos. La droga es el objetivo del 75 por ciento de los casos de sida, y en los heterosexuales u homosexuales son las prácticas de riesgo, que no la homosexualidad ni la heterosexualidad. Muchas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Muchas gracias, señor Viñes. Señor Ezpeleta, tiene la palabra.*

SR. EZPELETA MARTÍNEZ: *Muchas gracias, señor Presidente. Nuevamente, buenas tardes, señorías. Yo le diría al portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra que nunca caeremos en el alarmismo, pero tampoco en el discurso tipo nodo del año triunfal en el que nos ha recordado a otras épocas históricas. Evidentemente, yo creo que ha habido hoy unos discursos de tipo triunfalista. Tenemos que seguir valorando que se ha podido producir un avance en la derrota de la enfermedad, pero para nada podemos hablar de otros términos, porque ésta sigue siendo incurable y porque no cesa de extenderse.*

Los datos de la revista Anales *los tenemos y hemos comprobado y valorado que son datos reales, pero depende de cómo valoremos las estadísticas y de con quién las relacionemos. Si las relacionamos con Finlandia estamos muy mal, pero si las relacionamos con otros casos a lo mejor estamos un poco mejor. Creemos que tenemos que ampliar las estrategias de prevención. Si miramos las curvas de regresión que se producen en los casos del sida a lo largo de los años en los diferentes colectivos de riesgo, veremos que no son exactamente iguales los patrones que se producen en las curvas. Las curvas que se dan en la heterosexualidad son mucho más planas en cuanto a la regresión que las de los grupos de drogas por vía parenteral, evidentemente. Bien es cierto que ése es el porcentaje mayor y que cada vez es más difícil llegar a esos grupos de riesgo y a esos colectivos porque, posiblemente, ellos no se dejan llevar, sobre todo los grupos adictos a la drogadicción, y no es fácil hacer prevención.*

Creemos que el programa que se ha hecho, por ejemplo, en la prisión es muy bueno, muy positivo y refleja datos que ya se disponían con anterioridad. Pero, sin embargo, creemos que la verdadera prevención es la de siempre, la de ir a los jóvenes. Nosotros no vamos a entrar en el discurso de prácticas sexuales, ni promiscuidad ni cosas de este tipo. Creemos que las prácticas que reflejan la curva del sida sólo podremos tratarlas verdaderamente si incidimos, pero de una manera muy clara en colectivos que, evidentemente, no conocen nada de lo que hoy estamos aquí hablando. Y es a este tipo de colectivos a los que muchas veces nosotros nos dirigimos con nuestras enmiendas que hacemos a los Presupuestos, con líneas presupuestarias como la que se ha puesto de manifiesto por el portavoz que ha pedido la comparecencia del señor Consejero, en el sentido de que era una línea, posiblemente, voluntarista, pero que reflejaba un acto político, del que alguna vez hemos hablado en esta Cámara, de acciones muy concretas y muy específicas en temas de prevención del sida en jóvenes. Creemos que esas estrategias de prevención en jóvenes tienen que ser multidisciplinares, y no sólo se tienen que dirigir a este punto específico que, como muy bien se ha descrito, muchas veces son

acciones complementarias, tanto en lo que son las drogas legales como las drogas ilegales, en las diferentes vías, en exponerles todos los campos de posibilidades para que luego tengan ellos acceso a sus libres decisiones, que nosotros respetaremos siempre. Creemos que el uso del preservativo se debe recomendar siempre y que no hay que caer en discursos que pueden confundir a los jóvenes. Siempre se debe recomendar y hasta su propio Ministro, el señor Romay Beccaría, el otro día lo recomendaba. Debe utilizarse siempre el preservativo. Sí, bueno, creo que es del grupo de ustedes. A eso me refería.

En principio, creemos que es muy positivo integrar esas estrategias con acciones interrelacionadas. Nuestro grupo parlamentario presentó una enmienda el año 98 de 25 millones, posiblemente me dirá que era una cantidad excesiva y quizá sea así, pero era una cantidad que permitía avanzar. Estas políticas de prevención son siempre a largo plazo. Evidentemente, no se debe interrumpir ninguna campaña, yo no soy el técnico para adivinar si ésta ha sido excelente o no, eso es algo que no compete a esta Comisión, pero si ello fuere así no se debería haber interrumpido. La cantidad que se ha gastado no ha sido ni la mitad de lo que ha dicho el portavoz que me ha precedido, porque no son catorce sino unos ocho o algo así lo que se ha invertido, y creemos que le podemos solicitar al señor Consejero que de la partida que considere más oportuna, que seguramente se podrá encontrar, dedique una cantidad parecida o similar, puesto que no suponen unas grandes cantidades dentro de lo que es la atención primaria, para continuar, si es posible, estas campañas mejorándolas y haciéndolas de la manera que pudieran ser más positivas en estos núcleos de prevención.

Se ha hablado mucho del tema de las drogas por vía parenteral y muchas veces les queda a estos colectivos, y es algo que a mí como sanitario siempre me ha preocupado, el tema de la jeringuilla. Tenemos que hablar de que cualquier utensilio, que utilizan, el agua, el algodón, es decir, lo que es todo el conjunto de instrumentos, o como se quiera denominar, que utiliza una persona en esta situación difícil y que no vamos a entrar nunca más que a intentar ayudar, hay que prevenirlo y, de alguna manera, no sé si ya se hace, los kits no sólo deben tener jeringuillas sino todo tipo de componentes para evitar ese multiuso que, de alguna manera, genera ese grupo tan tremendo de grupos de riesgo.

Por lo demás, creemos que el plan que se planteó en 1995 no es incompatible con estas estrategias que le podemos plantear, si es posible y si hay recursos económicos para que esta línea presupuestaria pueda seguir trabajando, y la prevención de jóvenes en el alcoholismo, la interrelación con drogas, con los accidentes de tráfico, con los fines de semana, yo creo que son acciones muy positivas para nuestros jóvenes. Si consiguiéramos que uno solo no cayera en este trasfondo o en ese mundo de la droga o de lo que sea, yo creo que sería una cantidad muy bien invertida. Muchas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Ezpeleta. Señor Antuñano, tiene la palabra.*

SR. ANTUÑANO ZÁRRAGA: *Gracias, señor Presidente. Le agradezco, de nuevo, todas las informaciones que nos ha aportado. No me quiero extender. Llevamos bastante rato y los portavoces que me han precedido creo que se han extendido ampliamente. Deseo hacerle dos preguntas muy concretas. La primera, ya se la ha planteado el señor Ciáurriz, es respecto a las educadoras sanitarias de Cofes y el programa de actividades de prevención de los jóvenes, ¿cuál es la situación actual de las mismas? Entendíamos, y mi grupo creo que lo contempló cuando a finales del año pasado hicimos los pactos del presupuesto de este año, que esta figura se iba a contemplar durante todo el año, y creo que en algún matiz de algunas líneas vimos la necesidad de no presentarlas porque había cuantías económicas en otras con respecto a la contemplación de estos capítulos. Creo que es así. Si es de otra forma, le rogaría que me lo dijese.*

La segunda pregunta es muy puntual. En unos documentos que tengo parece ser que en los nuevos casos de sida con respecto al año 98, a nivel nacional, se contempla que hay siete contagios vía hemoderivados. La pregunta es si en Navarra hemos tenido algún caso. Pienso que no, pero por si usted lo sabe. Muchísimas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Antuñano. Señor Romeo, tiene la palabra.*

SR. ROMEO LIZARRAGA: *Gracias, Presidente. También quiero agradecer al Consejero toda su exposición. Yo no voy a entrar en los datos que se han dado porque están ahí y no los voy a discutir. Sí quiero incidir en una frase que ha dicho el portavoz de UPN y que habrá que creerla: que las medidas de prevención se han mostrado eficaces puesto que parece que son la causa del descenso de los casos de infección. Entonces, más a favor todavía, siendo eso así, para que no se baje la guardia, como decía el señor Ciáurriz, o no caigamos en la tentación de bajar la guardia y se sigan manteniendo las medidas de prevención, incluso, se potencien. Sin embargo, el caso concreto que ya ha salido por aquí del programa de prevención en jóvenes, de esa línea presupuestaria dotada con 25 millones que ha desaparecido de los Presupuestos para el 99, parece indicar lo contrario. Parece que estamos retrocediendo en la atención a las medidas*

de prevención, digo que parece a simple vista. Por eso, supongo que el señor Consejero, como interviene al final, ya tendría preparada la respuesta, pero, por lo menos, así se ve también el interés de nuestro grupo para que conteste.

Además, ya conocerá el señor Consejero también las preguntas que nuestro grupo le ha dirigido en relación con esto, porque estamos hablando de unas cantidades relativamente ridículas, sólo 9 millones de gasto de prevención en esta línea. Evidentemente, y por lo que hemos visto, hay más gasto también en otros programas de prevención, pero frente al gasto que supone el tratamiento de la enfermedad son cifras ridículas. Eso visto desde un punto de vista puramente economicista. Pero es que hay otra realidad que debe verse por delante, y es que es mejor evitar. No es que haya que tratar, sino que hay que evitar que haya gente enferma. Creo que es lo lógico. Entonces, le pregunto al señor Consejero qué futuro va a tener ese programa, si va a seguir, porque, desde luego, estamos viendo que son cantidades que no van a ninguna parte en comparación con otras y parece, insisto y vuelvo al principio, que las medidas de prevención deben potenciarse porque son la causa principal de que a la enfermedad se le pueda poner freno. Entonces, yo espero que el señor Consejero nos pueda dar algún dato al respecto. Gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Romeo. Señora Arboniés, tiene la palabra.*

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *Muchas gracias. Alguna de las cosas se han dicho ya por anteriores portavoces. Yo sí quería situarme un poco en el plano que ha comentado antes el señor Ezpeleta, de ser realista e incluso ser posibilista. Y dentro de ese realismo, no cabe duda y aquí lo hemos dicho todos, en donde hay que poner, digamos, el acento fuerte es en la prevención, puesto que no es solo ya por lo caro que puede ser el tratamiento, sino porque al final no vamos a conseguir nada y, de momento, no hay cura para el sida, con lo cual, todo el acento habría que ponerlo en las medidas de prevención.*

Si nos colocamos en la situación de Navarra, puede haber varias interpretaciones. Hay que reconocer que ha bajado estadísticamente, con lo cual, eso es una buena noticia. Pero si nos comparamos con otros sitios de Europa estamos muy lejos, 34 casos por cada diez mil, comparado con 2, con 1 o con 4 casos, nos da un poco la idea de cómo estamos. Y en ese sentido, hemos visto estos días, por lo menos los casos que se habían tratado en el Hospital de Navarra, que había unos datos según los cuales, prácticamente, el 50 por ciento de los casos estaba situado en una franja de edad entre 21 y 30. Si hablamos de que existe un periodo de incubación de diez años nos estaríamos situando en que las medidas de prevención tendríamos que rebajarlas en torno a los 15 años. No sé exactamente si tendría que ser por debajo de los 15 años, pero sí que toda la parte de prevención tendría que ser hecha en adolescentes y jóvenes.

En ese sentido, nosotros vemos que existía un programa, que, además de los 25 millones, consumió 9, con lo cual sobraría, incluso, el presupuesto que nos han traído para este año, que debería seguirse. El señor Consejero ha hablado de las actividades dirigidas a la prevención del sida. Ha hablado de la prostitución, de que yo saqué el proyecto de ley. Me sirvió como base, es verdad, pero es un proyecto mucho más amplio del que no quiero hablar en estos momentos, y sí que el nivel de control que se está ejerciendo es sobre una parte del agente transmisor, que en este caso serían las personas que ejercen la prostitución, pero para nada entra en el tema de los clientes.

El Instituto de Salud Pública está llevando a cabo actitudes, está llevando a cabo un programa educativo que se ha materializado no sé de qué manera, pero sí que hay una necesidad de llegar a aquellos jóvenes y a aquellas personas que, digamos, todavía son susceptibles de medidas realistas que eviten que tengamos una persona seropositiva en el futuro. Y en ese sentido, hay unos mensajes que, realmente, hay que adaptarlos a lo que es su capacidad y a lo que es también su proceso madurativo, que es totalmente diferente al de una persona adulta, por ejemplo, el de la abstinencia sexual. También al que no come se le cura, si queremos, la úlcera. Ese tipo de mensajes que, a lo mejor, la gente joven y especialmente los adolescentes no lo van a saber insertar en su propia realidad. Entonces, en ese sentido, cuando aquí se nos expuso qué tipo de programa se había llevado a cabo, era un programa muy adaptado a lo que podía ser el manejo no solamente de lenguajes, sino de cómo se mueven los jóvenes, de qué circuitos, de qué profesionales son los primeros referentes de estas personas. Y, en ese sentido, nosotros vemos que realmente la carga de la prevención va a estar situada en un tramo de población joven, que es en el que hay que incidir, sin renunciar a otros colectivos u otras prácticas de riesgo o, incluso, otras actitudes que debamos cambiar. Y cuando digo debamos cambiar, ahí no vamos a hacer distinción de edades, pero sí es verdad que es mucho más fácil cuando el proceso madurativo de una persona le permite hacer esos cambios, que hablar de una franja de gente adolescente o joven para la que hay que ir con otro tipo de lenguaje. Entonces, mi pregunta sería qué intención se tiene desde el departamento: o seguir en esta vía, o con un programa ya más específico o un abordaje más adaptado a la gente joven.

Y en cuanto a esa polémica que ha hablado el señor Cervera, en ningún momento hubo polémica. Una vez que contestó cuáles eran los controles que se seguían, diferentes plantas, diferentes ordenadores..., nos dio satisfacción. No hemos levantado ninguna polémica. A nosotros, según la contestación que nos da, nos parece que en estos momentos se está llevando a cabo un registro o, por lo menos, unos datos de que se mantiene la confidencialidad y, en ese sentido, confiamos en que así es. Desde luego, no tenemos ningún ánimo de levantar ninguna polémica por esa cuestión. O sea, es totalmente falso. La polémica, desde luego, por nuestra parte no tiene ningún ánimo. Nosotros vemos que se está garantizando que los datos de estas personas sean manejados como deben de ser, en un plano confidencial. En ese sentido, cierro el tema.

Lo que salta a la vista, a pesar de lo que nos ha dicho, es que hay un aumento del contagio heterosexual, y que baja el de la transmisión por drogadicción y homosexualidad. No sé si esos datos son fiables o no, pero eso es lo que se está transmitiendo y no sé si encajan con otros datos que aquí se han dicho. Pero, de todas maneras, nosotros pensamos que el acento en esta cuestión debe ser puesto totalmente en la prevención, y esa prevención tiene que ir a los grupos que más posibilidades tienen de ser seropositivos en un futuro y en los que, realmente, hay que incidir en actitudes mucho más de educación y de hábitos para la salud que en otro sentido. Nada más.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señora Arboniés. Señor Consejero, tiene la palabra.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. Intentaré hacerlo de forma breve y comenzaré por intentar terciar si estamos o no en una perspectiva optimista o pesimista en el campo del sida y VIH. Evidentemente, creo que todos estaremos de acuerdo en que mientras haya un solo caso que podamos prevenir y podamos actuar sobre él tenemos que ocuparnos y preocuparnos. Pero también es cierto, y hay que reconocerlo así, que la situación, en estos momentos, es esperanzadora, sobre todo por la disminución que se está registrando en nuestra región, en la Comunidad Foral de Navarra, al igual que en el resto de España y que, desde luego, eso tiene que ser un acicate y un aliento adicional como para poder actuar de forma más comprometida en el tema del VIH y el sida.*

Y ya entrando en cuestiones más concretas quisiera, en primer lugar, recoger la preocupación que algunas de sus señorías han establecido sobre ese programa que apareció, evidentemente, en el presupuesto del año pasado, que se desarrolló, como creo que ustedes conocen, en sesión de trabajo de esta misma Comisión por quienes actuaron en ese programa. Algunos grupos planteaban la incógnita sobre cuál es el futuro de ese programa. Yo quiero decirles, en primer lugar, que no todo lo que se llame prevención es prevención. Yo creo que tenemos que ser todos serios y rigurosos, y tenemos que saber tener criterio técnico sanitario como para poder precisar exactamente qué estrategias hay que seguir. Y como antes comentaba en la intervención inicial, desde el voluntarismo no se hace prevención y, de alguna forma, tenemos que saber que la prevención tiene que tener también unos estándares técnicos que la validen y que no sólo con la mera voluntad de hacer prevención y con cualquier técnica presuntamente preventiva se hace prevención. Yo voy a ahorrar ahora toda calificación sobre el desarrollo de ese programa tal y como ustedes lo conocen, pero sí quiero recoger una cierta sensación de no completa satisfacción por parte de técnicos sanitarios del Departamento de Salud a la hora de valorar exactamente cuál fue el desarrollo final de ese programa.

Dicho lo cual, sí quiero recoger también la inquietud, en unos términos positivos lo ha expresado de una forma muy adecuada el portavoz socialista y lo ha hecho también el portavoz de CDN, y quiero decirles que nosotros vamos a intentar, por todos los medios, seguir fomentando, también desde el plano presupuestario, la realización de programas de prevención. Para ello, quiero decirles que estas actividades realizadas el año pasado por ese programa de prevención del sida se realizaron, como consta en la memoria que ustedes conocen, en algunas ocasiones en coordinación con el Consejo de la Juventud y con la propia Comisión Ciudadana Antisida. En ese programa se detectaron algunas presuntas carencias que se proyectaban a otro ejercicio presupuestario, de forma y manera que en los Presupuestos vigentes, en los Presupuestos del año 99, hay una cantidad para convenios con las ONG por importe de 45.650.000 pesetas, que es una cantidad, en principio, similar a la del año pasado, pero que en la ejecución presupuestaria puede resultar una partida superior a la del año pasado. ¿Por qué? Porque a la convocatoria anual que nosotros realizamos concurren diferentes proyectos.

El año pasado esos proyectos no permitieron la ejecución en su totalidad de esa partida, es decir, no tuvimos una ejecución completa, y no por nuestro deseo, sino porque no hubo proyectos que pudieran generar ese importe, esos 45 millones largos de pesetas. Lo que es cierto es que se ha mantenido esa partida y, por tanto, esta partida puede dar mucho más de sí en términos reales de lo que dio la misma partida o una partida ligeramente inferior el año pasado, de tal forma y manera que puedo comprometer ante todos ustedes que con los proyectos que concurran a esta convocatoria de

actividades mediante convenios con ONG, en donde puede estar el Consejo de la Juventud y la Comisión Ciudadana Antisida, que habían sido colaboradores del anterior programa al que ustedes hacían referencia, trataremos de colmatar toda la partida. Y si fuera necesario, por atender la demanda de esos proyectos, suplementaremos esa partida en unos términos razonables. Desde luego, señor Ezpeleta, se lo digo especificamente a usted, puesto que usted lo ha propuesto, y así lo haremos.

Deseo vivamente que esa sugerencia de actuación que el programa del año 98 marcaba, de alguna forma, tenga refrendo en lo que ahora nos ofrezcan las organizaciones no gubernamentales en este campo y, desde luego, les garantizo, y daría cuenta a esta Cámara de ello, que si el importe total de lo que solicitan las ONG necesitara un suplemento en unos valores razonables, desde luego propiciaríamos desde el Departamento de Salud que eso se pudiera suplementar. Dicho lo cual, quiero decirles que, evidentemente, tenemos una obligación de tutelas sobre los programas presuntamente preventivos y no quisiera que ninguno de ustedes se dejara llevar simplemente por la buena voluntad que todos tenemos en este campo y sepamos percibir exactamente lo que es prevención y lo que no es prevención. Buscaremos, por tanto, la manera de que ningún proyecto se quede sin financiación y daremos cuenta presupuestaria de ello a esta Cámara.

A partir de aquí, quisiera hacer una referencia también exacta a lo que preguntaba el portavoz de Convergencia sobre esos siete contagios por hemoderivados. Ninguno ha sido en Navarra, afortunadamente, y, además, también tenemos una garantía adicional, que es la calidad y la cantidad de las donaciones de sangre que en Navarra se producen, como todos ustedes bien conocen, y que eso también es una garantía de que no va a haber una sorpresa desagradable en este campo.

Y, por último, quería agradecer de forma muy específica la actitud y las palabras de la portavoz de Izquierda Unida en el tema del registro del sida, ya que, efectivamente, ha sido una preocupación suya. Se lo agradezco de forma muy especial porque veo que ha sido adecuada la información que les facilitamos, y que ustedes la han entendido perfectamente. Y, desde luego, su grupo parlamentario creo que muestra rectitud y muestra responsabilidad en este tema. Y no he tenido, desde luego, ninguna intención de decir que ustedes han propiciado ninguna polémica, todo lo contrario. Yo la única polémica en este tema la he encontrado en dos medios de comunicación de Madrid, el diario El Mundo *y el diario* La Razón *que, evidentemente, han dado unos tintes alarmistas a este tema y que, desde luego, en Navarra hemos intentado corregir facilitando toda la información disponible y dando esa respuesta exhaustiva a la pregunta que su grupo hacía y que me alegro que no suscite preocupación, sino todo lo contrario. Muchas gracias.*

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Consejero. ¿Alguna aportación en el segundo turno? Señor Ezpeleta, tiene la palabra.*

SR. EZPELETA MARTÍNEZ:*Muchas gracias, señor Presidente. Yo, como portavoz del grupo parlamentario socialista, considero que ha sido muy positiva esta comparecencia por el compromiso que ha asumido el señor Consejero. Creemos que este tipo de comparecencias responden a una verdadera necesidad. Quiero dejar claro que nosotros somos también conscientes, y cuando hacemos una línea presupuestaria, le recuerdo la línea número 22.461-1, que decía exactamente: "diseño en el primer trimestre de 1998", es decir, que trasladábamos al propio departamento la responsabilidad, porque somos conscientes de que no todo lo que se utiliza con la palabra prevención responde a eso, y queremos que tengan la calidad que tienen siempre en Navarra los programas que se desarrollan desde el departamento. Le agradezco, nuevamente, y le digo que si necesita el suplemento de crédito, nuestro grupo lo apoyará. Muchas gracias.*

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Ezpeleta. Agotado el orden del día, agradecemos la información al Consejero. Señorías, se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESION A LAS 19 HORAS Y 4 MINUTOS.)