DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

IV Legislatura | Pamplona, 23 de marzo de 1999 | NÚM. 24

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA DEL ILMO SR. D. FÉLIX ARMAÑANZAS ECHARRI

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 23 DE MARZO DE 1999

ORDEN DEL DÍA

—— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la evolución de las listas de espera de asistencia especializada durante 1998.

—— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la situación de la meningitis.

SUMARIO

Comienza la sesión a las 16 horas y 36 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la evolución de las listas de espera de asistencia especializada durante 1998 (Pág. 2).

Abre la sesión el Vicepresidente de la Comisión, señor Armañanzas Echarri, y cede la palabra a la representante del grupo solicitante de la comparecencia, señora Arboniés Bermejo (G.P. «Izquierda Unida-Ezker Batua de Navarra»), a quien contesta el Consejero de Salud, señor Cervera Soto (Pág. 2).

Se suspende la sesión a las 17 horas y 28 minutos.

Se reanuda la sesión a las 17 horas y 37 minutos.

En el primer turno de intervenciones toman la palabra la señora Arboniés Bermejo y los señores Viñes Rueda (G.P. «Unión del Pueblo Navarro») y Antuñano Zárraga (G.P. «Convergencia de Demócratas de Navarra»), a quienes responde, conjuntamente, el Consejero (Pág. 12).

En el segundo turno interviene la señora Arboniés Bermejo, a quien contesta el Consejero (Pág. 17).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la situación de la meningitis (Pág. 17).

Para exponer la solicitud interviene el señor Ezpeleta Martínez (G.P. «Socialistas del Parlamento de Navarra»), a quien contesta el Consejero (Pág. 17).

En el turno de intervenciones toman la palabra el señor Ezpeleta Martínez y la señora Errazti Esnal (G.P. «Mixto»), a quienes responde, conjuntamente, el Consejero (Pág. 22).

Se levanta la sesión a las 18 horas y 39 minutos.

(COMIENZA LA SESION A LAS 16 HORAS Y 36 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la evolución de las listas de espera de asistencia especializada durante 1998.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Buenas tardes, señorías, damos comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad para el estudio y debate de dos comparencias, la primera, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la evolución de las listas de espera de asistencia especializada durante 1998. Damos la bienvenida al Consejero, y sin más preámbulos, tiene la palabra la representante de Izquierda Unida, señora Arboniés, para la introducción al tema, puesto que ella ha solicitado la comparencia. Cuando usted quiera.*

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *Gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señor Consejero, señorías. Nuestro grupo ha solicitado la comparecencia del Consejero de Salud con objeto de que informe a esta Comisión sobre uno de los aspectos más preocupantes para la población que necesita consultas especializadas, como es la demora en la atención de dichas consultas.*

Cuando un ciudadano o ciudadana demanda, generalmente a través de su centro de salud o por indicación de otro especialista, una consulta especializada por primera vez para diagnosticar o iniciar un tratamiento, es frecuente la espera, y en muchos casos se prolonga por meses sin que los pacientes sepan cuándo se va a producir esa consulta. Se repite una mecánica cada vez más frecuente en consultas especializadas en la que se reciben cartas del Servicio Navarro de Salud, en respuesta a las solicitudes de consulta especializada, donde se dice que el calendario no se encuentra abierto y que se procede a su paso a la reserva.

En la realidad cotidiana de las personas que reciben esta respuesta a su demanda de consulta, este párrafo significa esperas que pueden ser muy variables, desde recibir la carta con el día y hora para su consulta, hasta recibir la carta informando que el calendario, efectivamente, está cerrado, con la consiguiente espera sin plazo, que puede durar de tres a cuatro meses en especialidades como maxilofacial o neurología, hasta catorce meses en alergología, dieciocho meses y hasta dos años en dietética, por poner algunos ejemplos.

En estos momentos hay unas variables, según circunstancias de cada servicio y época del año, lo que deja al paciente ante un horizonte de espera sin conocimientos de plazo para su consulta o revi-

sión, otro problema en el que las revisiones semestrales acaban siendo anuales, con unos procesos crónicos en los que la espera incide negativamente.

Es evidente que la espera en especialidades choca con algunos titulares de noticias como el que tuvimos el primero de mayo del 98, que anunciaba la libre elección de médico para trece especialidades a partir de octubre, cuestión que finalmente entró en vigor a partir del 15 de febrero, nueve meses después de ser anunciado.

Para algunos, este tipo de titulares parece ciencia ficción cuando las esperas se prolongan durante meses, y cuando no se tiene ni el primer diagnóstico, la posibilidad de asegurar un segundo diagnóstico, cuando menos, choca.

La preocupación por la espera que soporta la población que necesita acudir a consultas de especialidades, al igual que la espera quirúrgica, ha preocupado a esta Cámara y al propio Gobierno, que conoce la situación mejor que nadie puesto que tiene todos los instrumentos administrativos y domina unos datos que en ocasiones también han sido fuente de fuerte conflicto en su interpretación entre el Gobierno y el sindicato médico, como ocurrió a finales del 97.

Nuestro grupo, cuando pidió esta comparecencia, lo hizo con intúito de conocer la evolución de las listas de espera, el tiempo de espera máximo de los pacientes, el número de personas en espera en las especialidades, conocer si estas esperas, efectivamente, han disminuido. Y en este primer punto nos gustaría conocer por qué razón no se comunica a los pacientes la fecha de su consulta, ya que estamos informatizados a todos los niveles. ¿Por qué el ciudadano no sabe el día ni a veces el mes que va a acudir a la consulta especializada? ¿En qué lista de espera están los pacientes que no tienen fecha para su consulta en especialidades, a quienes se les contesta que el calendario está cerrado y, por lo tanto, no se les emplaza las solicitudes? ¿Qué criterios determinan la derivación de pacientes a la espera en reserva sin fecha para la consulta?

También nos gustaría que nos informara, y pido disculpas porque aquí ha habido un lapsus*, realmente se ha saltado una hoja el ordenador, cómo funciona el calendario en las consultas de especialidades, qué medidas se toman en los servicios cuando, por ejemplo, un facultativo se va de vacaciones o está en cursos de formación o en congresos, especialmente en determinadas especialidades en las que puede ocurrir, como ahora mismo, en marzo, que sea imposible posponer una consulta porque el calendario vuelve a estar cerrado y nuevamente hay que esperar la carta con la fecha y el mes en que se podrá tener esa consulta.*

La segunda cuestión se refiere a la valoración del Consejero sobre la adecuación de los recursos sanitarios para atender las necesidades de la población navarra, cuya evolución refleja un creciente envejecimiento que necesita también una atención más intensa, multiespecializada y constante. Las enfermedades crónicas, como todos sabemos, requieren una adecuación de los servicios por imperativo de la propia realidad. Tampoco se nos escapa que la mejora de la gestión por sí sola no va a resolver el problema, que demanda un aumento real y creciente de atención sanitaria, por lo que queremos conocer qué medidas se están tomando en torno a la adecuación de los recursos a la tipología de la población navarra en lo que se refiere a la atención especializada.

Y como tercer punto, la articulación del programa de reducción de listas de espera, que generó polémica en la tramitación de los Presupuestos Generales para este año, ya que no se entendió entonces el anuncio de 600 millones para reducción de listas de espera y que al final quedó todo en un cambio de nombre de algunas partidas presupuestarias por programas que eliminaban partidas de material sanitario y contratación de personal temporal. Nosotros entendemos que es una cuestión que sí agrava la temporalidad que ahora mismo existe en el Servicio Navarro de Salud pero que podía haber sido una solución inmediata mientras no se incorporaba el personal fijo para cubrir las plazas necesarias.

Queremos conocer si este trasvase de presupuesto de unas partidas que se eliminaron a otras con la denominación de programa especial de reducción de listas de espera viene a significar un programa de descongestión, de repunte en la lista de espera, como decía el Consejero en mayo del 98 en respuesta a una pregunta nuestra; si se hace de forma extra con los mismos equipos; si existe más dotación presupuestaria; si se ha aumentado el personal sanitario; si se han ampliado los equipos y los servicios de consulta de espera; en definitiva, cómo se está articulando el programa de reducción de listas de espera y qué desarrollo ha tenido en este primer trimestre del 99.

Y más allá de todo esto queremos conocer si los recursos humanos, la estructura sanitaria y el presupuesto de salud responden a las necesidades demandadas actualmente por nuestra población. Muchas gracias.

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

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. De la larga y mayormente equivocada intervención que ha recitado la señora Arboniés como introducción a su solicitud de comparecencia, me quedo con una frase fundamental que recojo de usted y que creo*

que es completamente cierta, y es que, como usted textualmente decía, el Gobierno conoce mejor que nadie los datos, y en el sentido precisamente de conocer los datos es en el cual se ha intentado venir a esta Comisión a explicar estos datos y a resolver y responder a la solicitud que ha cursado la Mesa y Junta de Portavoces de la Cámara después de que Izquierda Unida registrara su escrito.

Del análisis de estos datos espero que la Comisión saque una clara conclusión sobre si la portavoz de Izquierda Unida ha perdido sus papeles solamente por culpa del ordenador o realmente, como digo, la percepción que tiene de la realidad sanitaria de Navarra es tan equivocada como yo creo que es. En cualquier caso, y respondiendo específicamente a los tres puntos que incorporaba la solicitud de Izquierda Unida sobre la evolución de las listas de espera, las causas que producen esas listas de espera y también la articulación de los programas especiales para contener el crecimiento de esas listas de espera, se ha preparado el informe que les he facilitado a todos ustedes, señoras y señores Parlamentarios, y que de la misma forma he facilitado a la prensa.

Este informe va a ser el que articule la mayor parte de mi intervención. No voy a hacer una lectura literal de él, pero, evidentemente, sí va a ser el guión de lo que les quiero trasladar aquí en esta sesión y, en cualquier caso, sí que añadiré alguna consideración más específica que pueda completar lo que está escrito.

Decíamos que las listas de espera, evidentemente, constituyen una de las constantes de todo sistema nacional de salud y se entiende que su persistencia es consustancial al mismo hasta el punto de que nadie que yo conozca considera como objetivo último del sistema lograr la completa desaparición de las citadas listas de espera. Esto es algo que nadie propone y realmente hay que empezar por hacer este reconocimiento.

Esto es así realmente porque la absoluta inexistencia de las listas de espera, es decir, listas de espera cero, implicaría forzosamente que los recursos sanitarios públicos se hallarían en una situación habitual de expectativa de trabajo, lo cual comportaría un incremento de costes y, en definitiva, una enorme pérdida de eficiencia en el sistema sanitario.

Con carácter general se ha reiterado hasta la saciedad, y, por cierto, parece que la señora Arboniés todavía no lo entiende, que, en nuestro sistema sanitario, de la existencia de listas de espera no se derivan perjuicios sanitarios relevantes para los ciudadanos que pongan en peligro su supervivencia ni provoquen secuelas prevenibles desde el punto de vista sanitario. Ello es así porque se da una circunstancia peculiar en la gestión de las listas de espera, cual es la incorporación del criterio del facultativo, puesto que son los propios facultativos los que realizan la oportuna priorización de los pacientes en función de sus patologías. Esto ocurre habitualmente en nuestra Comunidad en el ámbito de la atención primaria y viene a significar de forma evidente que es el facultativo quien concede de entrada una prioridad en la derivación cuando trata a un paciente en su centro de salud o en su consultorio y lo tiene que remitir a un ámbito de atención especializada.

Se establecen de forma habitual, y creo que es conocido por todos, pacientes que son preferentes, urgentes, etcétera, y además se programan las intervenciones en función del diagnóstico y de la situación clínica del paciente, pudiendo afirmarse en general que los pacientes que más esperan son precisamente aquéllos que a juicio de los facultativos no presentan patologías que pongan en peligro su supervivencia o de las que puedan derivarse secuelas de tipo sanitario.

Dicho esto, que es una realidad patente de nuestro sistema, no es menos cierto que es preciso establecer unas demoras que se consideren sanitaria y socialmente admisibles, y dentro de unos límites concretos y previamente establecidos debe trabajar el Servicio Navarro de Salud para respetar estos límites y, si es posible, para garantizar que esos límites no superen a los ciudadanos de Navarra.

Ésta ha sido además una cuestión que hemos tomado como nuestra desde el inicio de nuestra gestión y que ha representado también una actitud clara por parte de la actual Administración, puesto que estamos hablando de conceptos como el de la calidad total, donde no solamente estamos refiriéndonos al estricto sentido sanitario de la realidad médica, sino que también estamos hablando de las expectativas de los ciudadanos. Y en la medida en que hay una expectativa de los ciudadanos, sea ésta una expectativa justificada o no tan justificada, es evidente que la Administración, el sistema sanitario tiene que actuar sobre ella.

De encuestas que se han realizado a la población general en Navarra se deduce que aproximadamente el 38 por ciento de los navarros dicen que una de las cuestiones que tiene que mejorar en la sanidad pública es precisamente el campo de las listas de espera, y, por cierto, evidentemente éste es el primer ítem de consideración de mejora que tienen los navarros dentro de su planteamiento general frente al sistema sanitario público, pero, como digo, tiene ese porcentaje exacto del 38 por ciento de las expectativas en mejora de listas de espera.

Además de lo que les refiero, que es una actitud clara de la actual Administración de reducir con la adecuada utilización de medios disponibles las listas de espera, dentro de ese contexto que decía del

compromiso con la calidad y con la demanda de los ciudadanos, se ha podido también formalizar un acuerdo presupuestario alcanzado para 1999, como saben ustedes, en esta Cámara y con el grupo de Convergencia, para que el Servicio Navarro de Salud formule de forma más específica un programa de lucha contra las listas de espera, que se presentará a continuación en este documento y que ha tenido su oportuno reflejo en los citados Presupuestos.

Fruto de dicho acuerdo presupuestario de 1999 se establece un nuevo proyecto bajo la denominación de "Programa especial de reducción de listas de espera de asistencia especializada", a cuyo fin se destinaron 580 millones de pesetas y que persigue lograr unas demoras razonables en el acceso a las intervenciones quirúrgicas y a las consultas de especialidades.

La inicial división que se ha hecho de esta dotación presupuestaria es conocida por todos ustedes y se desglosa en los correspondientes capítulos I y II de los centros hospitalarios de la red.

En cuanto al diagnóstico que podemos hacer de la situación, diríamos que las listas de espera en el Servicio Navarro de Salud tienen en la consideración temporal, comparando año tras año, un factor hasta ahora abundante de heterogeneidad, esto quiere decir que los datos históricos disponibles no constituyen siempre series temporales comparables.

Gracias a que el paso del tiempo ha mejorado los sistemas de gestión y de control y a que se han incorporado procesos de informatización progresiva se sabe que los datos disponibles de listas de espera son cada día más fiables. En todo caso, quiero decirles, como aspecto relevante de la gestión sanitaria que tengo el honor de haber desarrollado, que no es hasta 1998 cuando se establece un glosario de términos como anexo a los contratos de gestión de los centros sanitarios, de los hospitales, que define con precisión los conceptos de paciente en espera, fecha de inclusión, criterios de exclusión, etcétera, y, por tanto, obliga a un control nominal de la lista de espera, un control informatizado y además, quiero decirlo también, un control homogéneo para todos los centros sanitarios de la red, puesto que hasta ese momento no existía un lenguaje común de los hospitales para hablar de los mismos conceptos.

Ha de tomarse en consideración que hace unos años las listas de espera, tal y como las concebimos ahora, solamente existían en cuadernos gestionados personalmente por cada facultativo, y había periodos en los cuales la dirección carecía por completo de la información respecto de las personas que estaban esperando. La información de la que se disponía era únicamente cuando se recababa mensualmente de cada servicio el estado de situación, con las lógicas imprecisiones y carencias temporales.

En el ámbito de las consultas, hace ya unos años que la puesta en marcha del servicio de citación previa informatizada de consultas permitió precisamente centralizar la información. Hasta 1996, sin embargo, no era infrecuente que los pacientes que habían solicitado consulta especializada, pero a los cuales todavía no se les había asignado día y hora, no constaran siquiera dentro de este registro que podemos considerar como de lista de espera.

Puedo decir como Consejero del departamento que esta práctica ha sido desterrada, de tal manera que a partir de 1997 todos los pacientes en espera son computados, señora Arboniés, con independencia de que tengan cita concertada o estén pendientes de citación.

Por lo que respecta a las listas de espera quirúrgicas, todavía en 1997 todos los hospitales, a excepción del Hospital de Navarra, seguían controlando sus listas de espera mediante cuadernos por servicio o incluso por facultativo. Así se comprende que todavía resultara habitual la aparición repentina en una especialidad determinada de doscientos pacientes que no estaban controlados por la dirección del centro respectivo. Esta práctica ha sido también suprimida por completo.

Por otra parte, ha de considerarse que el sistema actual aún sigue incorporando de forma progresiva algunas listas de espera tradicionalmente no controladas por las direcciones por considerarse de responsabilidad personal de los facultativos o de pequeña entidad, ya que existe constancia y una norma general de conducta de que nadie esperará más de tres meses. Esto ocurre ahora ya con carácter excepcional, es decir, ya no son sublistas las que se incorporan al sistema y al registro general, puesto que esto ha sido ya objeto de una importante purga, en el sentido de documentación, y recientemente la última incorporación de las listas de espera quirúrgicas se ha realizado en el ámbito de la cirugía de varices y cirugía general de facultativos jerarquizados que operan en el hospital concertado de San Juan de Dios; no obstante, todavía faltan de incorporar algunas listas de facultativos especialistas de cupo pero que son mínimas respecto del total.

Dicho esto, puedo afirmar perfectamente que a pesar de las inevitables imperfecciones de todo sistema complejo como el que la sanidad navarra representa, en la actualidad el sistema de información presenta una consistencia y una fiabilidad muy elevada, sobre todo en lo relativo al número de pacientes en espera, algo que nunca antes había estado presente en la sanidad navarra, señora Arboniés.

Además, este sistema informativo fiable y solvente se pone no solamente al servicio de los gestores, de quienes tenemos que controlar la actividad, sino que se pone al servicio del propio sistema. Y se pone al servicio del propio sistema porque, de hecho, ahora está ocurriendo una cosa, que ya sé que a usted le parece que se ha hecho con retraso, efectivamente, se ha retrasado unos meses, y yo no estoy del todo insatisfecho porque se haya retrasado unos meses toda vez que es la primera comunidad de toda España en que esto se hace, con lo cual, estamos en punta organizativa de todo el territorio nacional y eso es, desde luego, un orgullo que no está empañado por el hecho de que se haya retrasado organizativamente unos meses, como es el proyecto y ya la realidad de la libre elección de médico especialista por parte de los médicos de cabecera.

Esto ha supuesto una revolución organizativa en nuestro sistema sanitario, tan es así que, como digo, los médicos de cabecera reciben ahora cada quince días el listado de los facultativos que tienen asignados en el ámbito especializado y reciben, junto con ese listado, el número de días de espera que esos facultativos presentan. Por tanto, los datos de lista de espera son transparentes, son fiables, son solventes y, además, están dispuestos no para los gestores, no para venir a contarlos aquí al Parlamento o sacarlos en los periódicos, sino que están puestos al servicio del propio sistema sanitario, puesto que, como es conocido o debiera serlo, precisamente pretendemos que las decisiones de libre elección de especialista articuladas en el ámbito de la atención primaria graviten también sobre la menor demora que los respectivos especialistas puedan ofrecer, algo, como les decía, único en España.

En todo caso, ha de comprenderse que toda mejora del sistema de información que permita aflorar nuevas listas de espera dificulta de forma evidente su posterior comparación con años precedentes, en los cuales dicha información, evidentemente, no tenía la misma heterogeneidad y, por tanto, al haber sido obviada no era comparable.

Ello nos obliga a una prudencia en el análisis de las series temporales, sobre todo si incluyen varios años, aunque es perfectamente posible –yo puedo demostrarlo a través de la información recogida en el sistema de información sanitaria de Navarra, el Sisna– ver de forma evidente que hay una tendencia clara de mejora de las listas de espera.

En la actualidad, y a fecha 1 de enero de 1999, las listas de espera existentes son las que se reflejan en la siguiente tabla. Quiero hacerles una mención y es que se refiere a la fecha de 1 de enero del 99 precisamente para ver luego cómo se va a actuar en el programa anual de reducción de listas de espera, aunque, evidentemente, ya existen los datos correspondientes al mes de febrero y posiblemente también de marzo.

Como digo, se les ofrece una tabla de cuál es la situación a fecha 1 de enero, sobre la que luego hablaremos de qué forma pretendemos actuar, donde se recogen una serie de indicadores, que son indicadores útiles para la gestión. Se recoge no solamente el indicador bruto del número de pacientes que están en lista de espera para primera consulta e intervención quirúrgica, sino que también se dispone del porcentaje de espera. El porcentaje de espera es un dato importante; como ahí se indica, es el número de pacientes en espera sobre el total de los atendidos a lo largo de todo el año, y se considera un indicador fiable que, por otra parte, permite calcular con muy poco margen de error el tiempo medio de demora, en función de la capacidad funcional del centro o del servicio.

Como ven ustedes en esa tabla que se les ha entregado, en nuestra red especializada hay a 1 de enero 21.795 pacientes esperando, pero estos 21.795 pacientes sobre el total de la actividad de consultas especializadas supone un 9'3 por ciento y con una medida de espera de 33'9 días, que luego sabremos además desglosar por servicios y actuar de forma específica. Y sobre las intervenciones quirúrgicas había 4.670, que suponen el 17'4 de la actividad total anual y que representan una media de días de espera de 63'5 días.

Como puede observarse, el tiempo medio de espera de consulta puede y debe ser mejorado, esto es algo evidente, para lo que se plantean intervenciones decididas que ahora comentaré. Afortunadamente, y como veremos también en el desglose, el problema se concentra en un número limitado de especialidades, tal y como se puede observar en la tabla que se les facilita. Ahí pueden encontrar que si en esta tabla no consideráramos el problema que hay en alergia y el problema que hay también, aunque en menor medida, en oftalmología, realmente la media de días de espera no sería de 33'9 días, sino que se acercaría a los 26'7 días.

Esta tabla nos ha permitido presentarles a continuación un programa concreto de actuación sobre listas de espera, porque si sabemos sobre qué especialidades se están produciendo las mayores demoras es sobre las que, evidentemente, de modo prioritario podremos actuar.

Como puede observarse, de las 21.795 personas que les citaba a 1 de enero, 14.365, es decir, el 65'9 por ciento se concentran en seis especialidades y además más específicamente en el Hospital Virgen del Camino, puesto que éste es el centro del que dependen la alergología y la mayor parte de la oftalmología, especialidades que, como antes les decía, son las que registran unos mayores tiempos de demora.

Por otra parte, el tiempo de espera media quirúrgico se puede considerar bueno si lo comparamos con otros sistemas sanitarios españoles o incluso de carácter internacional, no obstante, resulta aconsejable seguir realizando esos continuos esfuerzos de mejora que pretendemos desarrollar a través de la gestión.

Con una tabla parecida, y que creo que ya es conocida por ustedes puesto que también fue objeto de debate en otros menesteres parlamentarios, se puede establecer cuáles son los tiempos medios de espera y cuáles son las especialidades responsables de esas esperas. Como se ve, de estos 4.670 pacientes, 3.889 están esperando menos de tres meses y la distribución está recogida, tal y como indica la tabla, de acuerdo con las especialidades que ahí se presentan.

Como digo, el 77'7 por ciento de los pacientes que están en espera están concentrados en seis especialidades y, además, no existen en este caso diferencias significativas por asignación de determinados servicios a determinados centros.

Destaca en esta tabla de forma específica el hecho de que en oftalmología, la parte quirúrgica de la oftalmología registra una espera media superior a las demás que es de 93'5 días.

Con estos datos disponibles, como digo, a 1 de enero, el Servicio Navarro de Salud ha hecho ya unos planteamientos de abordaje de esta situación que, como antes les comentaba, en absoluto es mala, estoy convencido de que es una situación que mejora mes a mes pero que, evidentemente, exige una atención en la gestión precisamente para que no deje de ser una prioridad como de hecho lo es para nosotros.

Se ha planteado de forma objetiva unos objetivos del programa de reducción de las listas de espera, y cuando digo de forma objetiva digo que se hace después de tener la solvencia de haber encontrado una herramienta de gestión que se ha incorporado por parte del departamento y del Servicio Navarro de Salud en sus servicios centrales hacia los centros sanitarios, cual es los contratos de gestión.

Como les decía, uno de los hallazgos de los contratos de gestión del año 1997 significó el hecho de que se establecía ya una terminología común, se establecía ya un glosario en el que se sabía perfectamente donde estaban determinadas consideraciones en el arbordaje de las listas de espera, y también se evaluaba dentro de un plan general de calidad unos determinados indicadores y objetivos de actividad.

Precisamente el hecho de haber podido incorporar esta cultura del cumplimiento de objetivos, esta cultura de los contratos de gestión en los centros sanitarios es por lo que ahora ya podemos perfectamente plantearnos objetivos muchísimo más exigentes, puesto que ya tenemos la herramienta para medir, contar y trabajar sobre la actividad de los centros sanitarios, respetando en todo caso su autonomía, pero también estableciendo los correspondientes sistemas de control y de incentivación, de acuerdo con las expectativas de los pacientes.

Por tanto, las cifras que aquí se dan no son unas cifras que se puedan considerar un desiderátum, no es lo que nos gustaría que fuera a pasar, sino que es lo que nos comprometemos que pase, si es que seguimos desarrollando las mismas líneas de gestión que hasta este momento hemos llevado.

En la espera para primera consulta se establece como objetivo que el número de pacientes en espera para primera consulta en cada especialidad sea igual o inferior al 5 por ciento del total de pacientes atendidos en el año, lo cual equivale a lograr una espera media para ser atendido en primera consulta inferior a veintiún días.

En definitiva, el Servicio Navarro de Salud persigue reducir durante este ejercicio, durante el año 99, la espera media para ser atendido en primera consulta de los 33'9 días actuales a exactamente tres semanas, veintiún días.

En la espera para intervención quirúrgica se establece como objetivo que el número de pacientes en espera para intervención quirúrgica de cada especialidad sea igual o inferior al 12 por ciento del total de pacientes atendidos en el año, lo cual equivale a lograr que la espera media para ser intervenido sea inferior, en todo caso, a los cincuenta días.

Tal y como se ha explicado, se pretende reducir la espera media a cincuenta días, y, además, que no exista ningún paciente con más de cuatro meses de espera para ser intervenido como fórmula más eficaz para garantizar que en ningún momento ningún paciente vaya a esperar más de seis meses, tal y como prevé la orden foral.

Y aquí me van a permitir, señoras y señoras Parlamentarios, que haga un inciso. Nosotros, como objetivo de gestión, y repito, como objetivo de gestión que sabemos que es un objetivo alcanzable, que no es un desiderátum y que no es nada que simplemente vayamos a poner en el papel y no en la realidad sanitaria de Navarra, nos hemos marcado ya que no haya ningún paciente que supere los 120 días de espera por ninguna causa dentro del sistema sanitario público de Navarra para intervenciones quirúrgicas. Y lo hemos hecho porque, como antes les decía, iniciamos ya un planteamiento en ejercicios anteriores de contratos de gestión, de evaluar la producción de los hospitales, de establecer los correspondientes incentivos, y en el trabajo y en la negociación de los contratos de gestión para este año 1999 se incorporó, y por cierto,

se incorporó muchísimo antes de que nadie en esta Cámara hablara de 120 días, el objetivo de que no se sobrepasaran en ningún caso los 120 días.

Evidentemente, no me corresponde a mí juzgar otros actos y autos de la Cámara Foral, eso es evidente, pero sí que les diré que yo estoy convencido de que la forma eficaz de alcanzar este objetivo de 120 días que ya tenemos marcado como objetivo principal para este año 1999 es precisamente trabajar con las herramientas de gestión que hemos incorporado en los últimos años y, desde luego, no tratando de buscar obligaciones legales, que no son tales obligaciones porque realmente no tienen detrás ningún contexto de reforma de gestión que lo posibilite.

En cuanto a las estrategias de acción, y como les decía, tras una serie de años en los cuales hemos acumulado ya experiencias sobre programas periódicos extraordinarios relativos a paliar listas de espera, hemos planteado que habría que descartar aquellas medidas que pudieran inducir efectos de rebote tantas veces observados tras la aplicación de determinadas acciones extraordinarias. Dicho de una forma coloquial, porque también de forma coloquial se ha dicho en este Parlamento aunque bien es cierto que en la tribuna plenaria ni el Departamento de Salud ni el Servicio Navarro de Salud ni tampoco el grupo de UPN, porque así lo ha mostrado de forma específica, somos partidarios de la realización indiscriminada de lo que se conoce coloquialmente en terminología sanitaria como peonadas. Somos partidarios de determinados programas específicos, pero somos contrarios a las peonadas porque las peonadas inducen a incentivos absolutamente perversos, puesto que precisamente desincentivan la realización y la cumplimentación de los objetivos, cuando estos objetivos se deben alcanzar de forma ordinaria y se vinculan más a programas extraordinarios, evidentemente retribuidos de forma también extraordinaria, que, desde luego, no son lo que yo quiero para el sistema sanitario y para la actividad sanitaria de nuestros centros.

Por tanto, no queremos actuar de forma facilona, no queremos actuar de forma poco menos que de cara a la galería. Queremos ser serios, como este informe refleja, y, desde luego, queremos evitar toda acción que nos vaya a producir en el futuro un efecto de rebote y, por tanto, nos vaya a mermar de una forma sustancial la eficiencia y la efectividad de nuestro sistema.

A tal fin, precisamente para actuar de forma más específica, la Dirección de Asistencia Especializada ha establecido las siguientes premisas de acción.

En primer lugar, aun siendo necesarias las actuaciones esporádicas de carácter extraordinario, estimamos que estas medidas son siempre insuficientes para atajar el problema.

La reducción de las listas de espera implica en el fondo lograr un equilibrio entre la oferta y la demanda de servicios y se debe actuar, entendemos nosotros, de forma paralela, simultánea y coordinada en ambos frentes, y no únicamente paliar el incremento constante de la oferta a través de un incremento correspondiente en la otra parte de la demanda.

La oferta de servicios especializados de Navarra se considera elevada y, desde luego, superior a la media de España, por lo que hemos de entender que con carácter general no resulta procedente una estrategia incrementalista de recursos.

Por lo que respecta a la demanda de consultas e incluso a la indicación de intervenciones quirúrgicas, la gran variabilidad de la práctica clínica actual nos permite afirmar que la racionalización de las derivaciones a consultas y de las indicaciones quirúrgicas no sólo es posible sino que también es una actitud de tipo ético, puesto que plantea una mejor praxis, más orientada a las reales necesidades sanitarias de los pacientes.

En coherencia con dichas premisas, se han formulado las siguientes estrategias de actuación, que luego se concretarán de forma más numérica.

En primer lugar, el establecimiento de un sistema ordinario que favorezca la autorregulación de la oferta y la demanda a través de un sistema mixto de cooperación y competencia, con la formalización de pactos anuales de objetivos entre las direcciones de primaria y especializada en los que contemplemos la demanda objetivo por parte de atención primaria y actividad especializada; compromisos de formalización de consensos técnicos y de protocolos, es decir, que empiecen a trabajar con unos mismos lenguajes los dos ámbitos, en algunas ocasiones –afortunadamente ya no en Navarra– dicotómicos de nuestro sistema, la atención primaria y la atención especializada; y, en tercer lugar, la programación de actividades docentes conjuntas orientadas a incrementar la capacidad resolutiva de la atención primaria, por la cual, evidentemente, apostamos.

Asimismo, estamos estableciendo de forma progresiva un sistema de compra de servicios desde atención primaria, en virtud del cual al menos los excesos de derivación de pacientes hacia la atención especializada comportarán transferencias de fondos efectivas hacia los correspondientes hospitales, es decir, estamos haciendo, en terminología sajona, que la atención primaria no solamente sea una atención de puerta de entrada, lo que los ingleses conocen como gate keeper, *sino que sea también la que sepa asignar fondos de acuerdo con*

las decisiones de los facultativos, en terminología sajona, un fund holder.

Se ha planteado también el establecimiento de un sistema de autogestión de las listas de espera por parte de los centros de salud, de forma que a aquellos centros cuya derivación se adecue a la demanda objetivo previamente pactada se les garantice una demora también pactada y además socialmente aceptable.

En segundo lugar, se ha planteado la contención de la demanda de primeras consultas derivadas desde la atención primaria y la reducción de las diferencias de derivación observadas entre las diferentes zonas básicas de salud, pero, evidentemente, siempre con un criterio sanitario y, como digo, incorporando también el criterio de homogeneizar, de acuerdo con la estratificación de la población y con la estratificación, dentro de la población, de las patologías que esa población tiene, las tasas de derivación ajustadas. Existen todavía dentro de la zonificación navarra diferencias bastante notables, que no se justifican ni por la composición de la población ni por la morbilidad de esa población, de la derivación que se hace a la atención especializada y, desde luego, esto nos hace ver que hay algo que está funcionando de forma incorrecta y sobre lo cual hay que actuar.

Asimismo, se ha planteado, como tercer objetivo, la reformulación de los objetivos de la asistencia especializada, cuyo objetivo ha de ser la reorientación a las necesidades de salud y a la atención sin demoras, flexibilizando su oferta en función de la demanda realmente observada. Tienen un detalle de ello en el escrito que se les facilita.

En cuarto lugar, la realización de los programas extraordinarios estrictamente necesarios –ahora daré cuenta de ellos– en función de la existencia de situaciones que exijan resultados a corto plazo. En concreto, se plantea que cuando sea preciso un programa extraordinario, éste se realice preferentemente a través de centros propios y mediante la contratación de personal adicional, no mediante el establecimiento de turnos adicionales para el personal ya existente, sino que siempre que sea posible se hará en centros propios y se contratará personal ex profeso para que actúe en turnos de tarde, como ahora veremos. También se ha planteado que antes de realizar esos programas extraordinarios se deberá analizar la necesidad de adoptar soluciones estructurales, cuando éstas fueran posibles, para evitar la reproducción ulterior del problema.

Conforme a la Ley General de sanidad, la utilización de recursos privados concertados vendrá siempre precedida de la previa optimación del uso de los recursos públicos. Y, por último, siempre que sea posible, como antes les decía, se evitará la realización de peonadas a cargo del propio servicio responsable de la lista de espera.

Por último, como quinto eje, se establece una asignación finalista de los fondos adicionales aprobados por el Parlamento –una parte de esos fondos– vinculada al estricto cumplimiento de los objetivos de reducción de las listas de espera, de acuerdo con lo que se haya establecido en los contratos de gestión y de acuerdo también con las partidas presupuestarias gestionadas por la dirección de asistencia especializada.

Como les decía, hemos hecho un planteamiento para el año 1999 en el cual basculamos sobre dos ejes fundamentales, uno de ellos es el de la autorregulación de la oferta y la demanda, es decir, el hecho de que las direcciones de atención primaria y especializada empiecen a trabajar, ya lo hacen, pero que continúen en esa línea, de una forma muchísimo más coordinada y que también sean capaces no sólo de establecer por sí solas unilateralmente contratos-programa o contratos de gestión con los servicios centrales del Servicio Navarro de Salud, sino que entre ellas mismas puedan formular también un pacto de objetivos, pacto de objetivos que en estos momentos se está negociando entre las partes y que todavía no tiene una cuantificación numérica que yo les pueda presentar aquí con suficiente solvencia puesto que, como digo, solamente son posiciones iniciales, y, por otro lado, que realicemos un incremento neto de la actividad de la atención especializada para el año 1999.

De hecho, a lo largo de este año se prevé realizar –ya se está haciendo, como ahora verán– un importante esfuerzo para reducir las listas de espera conforme a los objetivos enunciados, de forma que la espera para consulta no supere los veintiún días y la media para intervenciones quirúrgicas sea de cincuenta días.

En el caso concreto de las consultas especializadas se ha estimado necesario incrementar en 15.714 el número de primeras consultas a realizar. Evidentemente, podemos traer este dato –15.714– porque antes hemos desarrollado, primero, la homogeneización de términos entre todos los centros sanitarios y, en segundo lugar, porque también hemos podido evaluar de forma exacta, milimétrica, me atrevería a decir, la actividad de cada uno de nuestros hospitales.

En concreto se ha planteado una actuación en las especialidades que se les presenta en esa tabla y que, como se puede ver perfectamente, supone dos líneas de trabajo, por un lado, un incremento de la actividad de acuerdo con los recursos ya inicialmente asignados, pero en otros casos también la realización de nuevas contrataciones y de pro-

gramas extraordinarios que ya están en funcionamiento. Hay también una columna dedicada a la derivación a centros concertados, pero como luego verán al finalizar, de acuerdo con nuestra rutina y nuestras decisiones en cuanto a la derivación de los pacientes, estimamos que esta columna no debería ser necesaria puesto que procuramos alcanzar los objetivos por nuestros propios medios.

En concreto, de esas 15.714 nuevas consultas que se piensan realizar durante este año 99, casi la mitad se van a deber a unos incrementos tasados de la actividad. Donde realmente se puede incrementar la actividad de forma mayoritaria es en las especialidades que ahí se les indica, fundamentalmente en otorrino, también en dermatología y también, en menor medida, en traumatología y cardiología, pero hay otras especialidades, como es el caso de la oftalmología, que realmente no pueden incrementar la actividad como nosotros quisiéramos, en cuyo caso recurrimos a la segunda columna, donde establecemos programas y contrataciones extraordinarias para generar la actividad correspondiente por un valor cercano a las 8.574 nuevas consultas adicionales.

Si se analiza por centros hospitalarios, se ha previsto que el esfuerzo en primeras consultas se realice, como antes les decía, en nuestros propios centros sin recurrir a centros concertados y, en cualquier caso, 7.140 consultas adicionales serían realizadas mediante los incrementos de actividad ya pactados en los correspondientes contratos de gestión por los propios gerentes de los centros hospitalarios, firmados, por cierto, el día 10 de marzo, lo cual representa un incremento aproximado del 3 por ciento de la actividad realizada en el año anterior y en algunos casos este porcentaje llega al 5 por ciento. Evidentemente, son unos porcentajes de incremento de actividad que yo tengo que reconocer como notables.

Las restantes 8.574 primeras consultas serían realizadas mediante los correspondientes programas extraordinarios, para los cuales se procederá –ya se ha procedido– a la contratación de personal adicional. En el caso de Pamplona, dichos programas serán gestionados de forma directa por la propia Dirección de Asistencia Especializada a través de la subdirección de ambulatorios y en Tudela se ha alcanzado un acuerdo específico con la dirección de aquella área para su cumplimentación.

Quiero indicarles que ya con fecha 22 de febrero de este año se ha iniciado la apertura del centro de especialidades Príncipe de Viana en horario de tarde y ya está realizando actividad de consultas externas en las especialidades de oftalmología, alergología, dermatología, otorrinolaringología, digestivo, neurología, ginecología y fisioterapia.

Se han hecho unas contrataciones específicas que puedo perfectamente detallar a todos ustedes, y, como digo, se está pasando ya consulta por parte de personal específicamente contratado en el centro de especialidades Príncipe de Viana desde el final de febrero de este año.

La mayor parte de esta actividad de tarde se concentra en las especialidades de oftalmología y alergología, como antes les indicaba, y en conjunto está prevista la realización de 6.700 consultas y 6.100 sesiones de rehabilitación.

Como pueden observar en la tabla que también se les adjunta, aunque ya en este caso en el campo de la espera quirúrgica, también el mismo esquema sirve precisamente para abordar la actividad quirúrgica de acuerdo con los mismos y exigentes programas de abordaje de las listas de espera.

En definitiva, se pretende que se realicen durante este año 3.118 intervenciones más que el año pasado y que se distribuyan fundamentalmente en incremento de actividad, de acuerdo con los recursos ya existentes, por valor de 2.198 intervenciones y que solamente 670 intervenciones requieran contratación y programación extraordinaria.

Se pretende, además, que esta intervención extraordinaria se desarrolle en el hospital San Juan de Dios y, en cualquier caso, debería ser hecha por facultativos dependientes del propio Servicio Navarro de Salud.

Como digo, estos números no son números aleatorios, no son números simplemente para que figuren en el papel; son números donde ya existe un compromiso por parte de las direcciones de los hospitales para que se alcance este nivel adicional de actividad, y así como existe este compromiso, existe también el correspondiente incentivo dentro de lo que regulan esos contratos de gestión.

Por último, se prevé la realización de programas extraordinarios de actividad quirúrgica en traumatología, oftalmología y otorrinolaringología, para cuyo fin se ha previsto que en unos casos se contrate personal adicional y en otros casos se formalicen acuerdos específicos de actividad suplementaria con el Hospital de Navarra y la clínica Ubarmin.

Sobre lo que ya es una realidad, es decir, sobre lo que no son simplemente cifras, números y actitudes, les puedo decir que ya se han realizado las correspondientes contrataciones de personal. Quisiera indicarles que no siempre es fácil encontrar especialistas, muchas veces los servicios correspondientes buscan un oftalmólogo que tenga también habilidad quirúrgica y que esté dispuesto a operar y realmente no es fácil en estos momentos encontrar en España oftalmólogos que estén dispuestos a realizar también programas quirúrgicos en el campo de la oftalmología. Muchas veces,

incluso, hay que hacer unos contratos excesivos sobre las necesidades inicialmente previstas, pero es la única forma de poder contar con profesionales en determinadas áreas en las cuales en España, y específicamente en Navarra, hay una carencia muy clara de profesionales, con lo cual, quiero decirles que no siempre es fácil atender nuestras propias pretensiones de contar con nuevos profesionales para que desarrollen programas específicos.

En cualquier caso, se les indica en esa tabla los profesionales que se consideran necesarios en estos momentos para realizar estos programas extraordinarios, que, como digo, parte de ellos se han puesto en marcha desde el mes de febrero en el centro de consultas Príncipe de Viana, y sobre la tabla que ahí se les indica de necesidades planificadas en el inicio del año, les puedo indicar que han sido ya contratados los correspondientes profesionales, a fecha 17 de marzo, de las especialidades de dermatología, oftalmología, alergología, digestivo, otorrino, neurología y el correspondiente apoyo logístico de servicios administrativos y de celadores.

En la fisioterapia en estos momentos todavía estamos en fase de selección y contratación de los profesionales y en el campo de la ginecología realmente estaríamos en una actividad que suplementaría las actividades ordinarias que se desarrollan en los centros de atención de la mujer simplemente como ajuste de programación, pero no porque exista una lista de espera excesivamente llamativa.

Como ven ustedes y ahí se indica, en casos concretos como la dermatología y la endocrinología la incorporación de especialistas en el área de Estella va a permitir una mejora sustancial de la accesibilidad al servicio, puesto que los ciudadanos del área de salud de Estella en otros momentos eran derivados a especialistas de Pamplona. Estamos, por tanto, tratando de hacer algo que también hablamos y prometimos en el ámbito de Estella, que es lograr cada vez más la autosuficiencia en cuanto a servicios y recursos del área como tal área, y, por tanto, es una buena noticia para la merindad de Estella y para la zona sanitaria de Estella que las personas que necesiten dermatólogo o endocrino no tengan que desplazarse a Pamplona a conseguirlo.

Se calcula, además, que aproximadamente diez de los catorce facultativos se vincularán a programas estables y, por tanto, se transformarán en recursos estables fijos para los próximos años.

Existe también en la información que les facilito un avance al detalle de la dotación presupuestaria, lo cual responde a una de las preguntas que hacía quien solicitaba esta comparecencia, puesto que aquí se detalla cuál es el nivel de recursos exigible para cada uno de los capítulos y cada una de las actuaciones que se han dispuesto en este programa de abordaje extraordinario de listas de espera.

En cualquier caso, como pueden ver, hay una cuantificación sobre la financiación adicional que se puede dar a nuestros propios centros según el incremento de productividad o de actividad pactada en los contratos de gestión, que se debe incentivar y se debe sufragar de forma clara y evidente en el capítulo II, puesto que mucha de la actividad sanitaria genera ese gasto directo del capítulo II, pero que también se debe gestionar de acuerdo con las necesidades y posibilidades del capítulo I, y luego también se detalla cuál es la participación presupuestaria del nuevo programa extraordinario de incremento de actividad para listas de espera y se hace también una previsión para centros concertados, cuando fuera necesario utilizarlos.

Como digo, se han establecido esos objetivos en los contratos de gestión, objetivos donde posicionamos presupuestos y donde posicionamos también incentivos, y también se han desarrollado los correspondientes avances presupuestarios para la financiación de los programas extraordinarios que ahí se detallan.

Me he permitido introducirles la expresión textual que los contratos de gestión actualmente vigentes recogen sobre esta realidad de la sanidad navarra, puesto que se establecen esos compromisos de financiación adicional a los que hacía referencia en los apartados anteriores, si bien se establece, además, un sistema de descuento por incumplimientos en virtud del cual la financiación adicional que realmente se asignará a cada centro será la que corresponda en función de la efectiva y concreta reducción de su lista de espera.

Las listas de espera, como ven, no son un debate sólo de los políticos o de algunos políticos; es algo que nosotros también hemos incorporado como objetivo dentro de los contratos de gestión del Servicio Navarro de Salud, y, por cierto, no lo hemos hecho solamente en los contratos de gestión que se han firmado este año, sino que también se hizo en el campo general de los contratos de gestión que se firmaron en el año precedente.

Aquí tienen ustedes cuál es el desarrollo del plan de incentivos y cuál es el desarrollo de lo que se contrata con los centros sanitarios para el abordaje de estas listas de espera.

Por mi parte creo que esto es todo cuanto inicialmente quería transmitirles, aunque quiero hacer también un comentario sobre las dos últimas páginas que tienen en la documentación. Disponen de cuál es el árbol de decisión, cuando se habla de privatizar, de no privatizar, de si se está haciendo más por lo privado que por lo público, etcétera. Ahí ven cuál es el esquema de decisión cuando

nosotros pretendemos cumplir una determinada actividad de acuerdo con los contratos de gestión que están ya pactados. Tenemos que valorar de forma permanente si se permite o no alcanzar el objetivo de acuerdo con la evolución mensual que nos registra el Sisna; valoramos que si existiera una disconformidad enorme y pudiéramos deducir que no se pueden alcanzar esos objetivos, tendríamos que ir a programas extraordinarios; si se pueden alcanzar esos objetivos, monitorizamos si esos objetivos se cumplen o no; también podemos, en cualquier caso, incorporar a lo largo del año programas extraordinarios; y, en cualquier caso, y esto es importante, el flujo de fondos sigue a la actividad, sigue, por tanto, al paciente, sigue a las necesidades reales de actividad del paciente, y estos flujos de fondos se pueden dirigir, gracias a que la Dirección de Asistencia Especializada cuenta con una presupuestación específica incorporada de manera excelente durante este año por el Parlamento en el Presupuesto General del Servicio Navarro de Salud, como digo, a los propios centros sanitarios para realizar su actividad básica, su actividad normal, actividad inicialmente contratada, o la actividad que pueda resultar dada por el no cumplimiento y derivación posterior a otro centro público, o incluso se pueden dedicar esos fondos –han visto en qué cantidad, 70 millones sobre un monto de cerca de 600– a la actividad concertada, que también es una actividad que, evidentemente, el Servicio Navarro de Salud tiene que poner a disposición de los ciudadanos para satisfacer sus necesidades, sin actuar de forma sectaria ni olvidarnos de que también lo concertado es sanitariamente valioso en nuestra Comunidad.

Y, por último, se les entrega también una tabla, de la que evidentemente me muestro orgulloso, sobre los principales datos de actividad por mil habitantes que se registran en la Comunidad. No es una tabla que juzgue si estamos en una comunidad hiperfrecuentadora o no de servicios sanitarios, no es esto lo que se juzga en esta tabla; lo que se juzga es que hay una clara apuesta por el incremento de la actividad en la red pública, que se observa de forma muy palpable en cuanto a las intervenciones por cada mil habitantes, el año pasado fueron de 72'75 sobre las 56'63 que el Sisna registró en el año 1996 o sobre otras actividades como, por ejemplo, las primeras visitas que se desarrollan y que también se han incrementado en los últimos años o también sobre la propia actividad de ingreso en los propios hospitales. Destaca también en esa tabla la situación de las urgencias. Evidentemente, ésa no es una magnitud que pueda controlar el gestor del sistema, de momento, pero lo cierto es que también está mostrando esa función incrementalista que la tabla y los gráficos recogen.

En cualquier caso, ven ustedes que estamos poniendo todos los recursos a disposición de las necesidades sanitarias de los ciudadanos, que están siempre garantizadas.

Y, por último, quisiera hacer referencia a una consideración muchísimo más general que la que estos datos representan, y es que tenemos un modelo, que es el que es, del cual creo que todos estamos muy satisfechos, donde la atención primaria, que aunque hemos hablado de ella no hemos hablado lo suficiente, es uno de los factores fundamentales. Por tanto, sabiendo que existe ya afortunadamente una atención primaria que llega al cien por cien de la población navarra desde el mes de febrero de este año, que ya se ha completado la estructuración en plantilla de la atención primaria para todos los navarros, que además no solamente se ha realizado en esa tasa de cobertura universal para todos los navarros sino que también se le están dando nuevas y cada vez más potentes funcionalidades y capacidades a la atención primaria, estamos en una situación en la que, desde luego, nadie podrá decir, señora Arboniés, que por la existencia de una determinada lista de espera, que siempre estaremos dispuestos a mejorar y a corregir, se pueda estar creando ningún proceso de falta de calidad sanitaria en Navarra, porque esto, evidentemente, no es así.

Por mi parte esto es todo, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios, y, como es habitual, quedo a disposición de todos ustedes para cualquier aclaración o comentario adicional.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Consejero. Vamos a suspender la sesión por cinco minutos para que sus señorías preparen las preguntas. Se suspende la sesión.*

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 17 HORAS Y 28 MINUTOS.)

(SE REANUDA LA SESION A LAS 17 HORAS Y 37 MINUTOS.)

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Señorías, reanudamos la sesión. Señora Arboniés, tiene la palabra.*

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *Muchas gracias, señor Presidente. Realmente, después de toda esta comparecencia y toda esta serie de cosas que nos ha dicho el Consejero, yo debo constatar que a futuro, señor Consejero, todo son maravillas. Sube todo, bajan los días de espera, pero todo a futuro. Pensaba que me iba a decir lo equivocada que estaba en lo de las esperas, que ésas sí que son reales, y constato que son las que tenemos ahora mismo. Y ahora mismo se puede esperar nueve meses para una consulta de alergología. Lo tengo*

aquí, con fecha de petición y fecha de concesión de la consulta, y eso es así realmente.

Cuando usted ha dicho que no se pone de ninguna manera en peligro la supervivencia, pues hombre, a estas alturas y finales del siglo XX ya sólo faltaba que uno se pudiera morir esperando una consulta, pero bueno, tampoco eso es una novedad y muy recientemente la hemos tenido. Lo que sí quería decirle es que de todo lo que usted nos ha transmitido, al final, el paciente, que debería ser el eje sobre el cual girara toda esta mejora o todo el encauzamiento que se quiere hacer hacia una sanidad, tiene que esperar.

Nadie ha dicho aquí que la sanidad navarra sea mala, al contrario, todos estamos orgullosos de la sanidad pública que tenemos, pero eso no quita para nada que exista esa espera y esa demora. En muchos casos, usted dirá que no, hay procesos, señor Consejero, donde una espera de nueve meses no beneficia para nada el problema de esa persona, empeora y todo lo que puede pasar mientras tanto está a la espera de esa consulta.

Como le he dicho, con toda, digamos, esa serie de mejoras en la gestión, con toda la informatización, con ese nuevo lenguaje homogéneo por el que ya desde 1998 tenemos una definición de lo que puede ser un paciente en lista de espera, los ciudadanos y ciudadanas seguimos recibiendo cartas sin fecha, sin mes para esa consulta, que es un derecho que creo que podría ser ahora mismo factible con todos los adelantos y con toda esa gestión que va a ser altamente positiva.

Yo me maravillo de ver que en el futuro esperaremos veintiún días de media para una consulta, ojalá sea así, señor Consejero; que no esperaremos más de cincuenta días para una intervención, ojalá sea así también, pero todo eso usted nos los sitúa como algo que ha empezado en febrero y estamos en marzo. Efectivamente, señor Consejero, no se le puede pedir resultados ahora mismo de lo que se acaba de poner en marcha, pero con todo esto que nos ha venido a decir pues yo pensaba que en lo que estaba equivocada esta portavoz era en la situación real que se estaba dando, y la realidad no tiene nada que ver con lo que nos ha presentado.

Debo decirle también que hay aquí cosas que convendría que nos explicara más, como pueden ser esa gestión por la cual la atención primaria va a contener la demanda de consultas, esa gestión por la que la derivación de pacientes va a estar en manos de la atención primaria, va a ver unos incentivos, me figuro, por esa no derivación hacia la atención especializada; esa autorregulación de la oferta; esos programas extraordinarios que he querido entender que van a ser programas puntuales, no sé si los especialistas que aquí aparecen como contratados van a estar de formar permanente en estos servicios que están congestionados, como pueden ser oftalmología o alergología y no he visto para nada la especialidad de dietética, donde sí que hay unas esperas prolongadísimas, incluso se han dado casos de hasta dos años de espera, no he visto, a no ser que me haya equivocado, nada que se refiera a ese servicio, y ese servicio atiende no solamente los problemas de personas con obesidad, sino además también los problemas de anorexia.

Entonces, quiero constatar que todo esto que usted nos ha traído aquí yo lo veo como una proyección hacia un futuro, y así lo recogemos, como algo altamente positivo si se consiguen los objetivos que usted plantea aquí, pero son objetivos que están por cumplir. De ninguna manera es algo que ahora mismo la población esté palpando, porque si se intenta desmarcar ahora mismo una consulta, en servicios como el de alergología, que sé que está funcionando por la tarde, otra vez tenemos la famosa frase de que el calendario está cerrado y le tendríamos que mandar otra carta con la citación, o consultas de neurología, donde realmente de marzo se va a finales del mes de junio. O sea, constato que la realidad que nosotros estamos viendo no es la que nos ha traído aquí.

Usted nos ha situado la cuestión como una gestión que por sí sola va a mejorar todo el panorama que tenemos ahora en listas de espera. Ojalá sea así, señor Consejero. Pero solamente la gestión no va a resolver el problema, porque, como usted sabe, el perfil de la población navarra demanda una mayor asistencia médica, eso es una realidad, y solamente con la gestión, pues mire usted, si no se aumentan a la par los recursos en determinadas especialidades no va a ser posible. Entonces, no es solamente una cuestión de gestión ni solamente una cuestión de aumentar los recursos, que tampoco eso es la panacea, ni una cosa ni otra, sino las dos cosas a la vez, y más que nada, debemos situarnos ante lo que el ciudadano de a pie está viviendo en el día a día, y se están viviendo esperas que realmente inciden en que revisiones que tenían que ser a los seis meses son a los catorce meses. Por ejemplo, en traumatología, catorce meses, para una persona entre los catorce y quince años con un problema de columna que haya crecido doce centímetros pues eso incide negativamente.

Todo eso se sigue dando, es una cuestión que está ahí, es real, es concreta, y usted me dice que ahora se va a incidir en todo lo que nos ha presentando. Pues muy bien, doy la bienvenida a esa proyección de futuro y esperaremos a constatar si todos estos objetivos son realizables y en qué medida. Ya sabemos que el cien por cien de las cosas nunca se consigue, pero, desde luego, tanto usted como yo podremos coincidir en que hacia eso todos deseamos caminar. Pero, evidentemente, no pense-

mos que la gestión por sí sola va a ser la panacea que revolucione y dé respuesta a las necesidades de la población navarra, que son mayores en relación con los recursos existentes. Es necesario que haya unos recursos y que esos recursos se adecuen. Y yo sigo preguntándole si ante toda esa mejora de gestión, informatización, lenguaje, compraventa, etcétera, no es posible que el ciudadano o ciudadana hoy en día, cuando reciba una carta, sepa en qué mes y qué día, a ser posible, va a tener esa consulta.

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

SR. VIÑES RUEDA: *Muchas gracias, señor Presidente. Simplemente quiero constatar que entendemos que el informe que ha hecho el señor Consejero es un informe de una enorme consistencia y sobre todo de una gran fiabilidad, porque el rigor técnico que, efectivamente, nos ha planteado significa que detrás hay unos equipos de gestores que están llevando al día lo que es la gestión, incluso, objetivos de gestión.*

Quiero resaltar también, y así lo ha dicho el señor Consejero y así quiero hacerlo patente yo también recogiendo sus palabras, que nunca se había trabajado con este rigor en este tema, como en otros, y sobre todo con esta metodología de gestión, es decir, el tema de los contratos-programa que se ha iniciado en el año 98 ha supuesto nuevas fórmulas de gestión, nuevas fórmulas de información y, evidentemente, es un enorme paso adelante, como se constata de los resultados que se van teniendo, que se hacen patentes en cualquier tema que se plantee al señor Consejero con la brillantez, con el rigor y con la consistencia que, efectivamente, nos tiene acostumbrados.

Por tanto, ha habido un avance cualitativo importantísimo, lo ha dicho el señor Consejero y nosotros lo vemos con agrado, en las formas de gestión. Se trabaja por objetivos de gestión, llámese contratos-programa u objetivos de gestión, y eso es un avance importante que va a permitir dar más pasos adelante, hacia ese futuro que no parece que le satisfaga a la señora Arboniés, porque le gustaría que ese futuro proyectado por UPN no tuviera continuidad. Pero, evidentemente, eso es así, vamos a ver ese futuro y vamos a ver esa continuidad.

Yo quisiera hacer una observación respecto de los datos que nos han dado, y es la importancia del enorme incremento de la actividad que se registra tanto en ingresos como en intervenciones, consultas, urgencias. Evidentemente, esto puede derivarse de que los datos han sido reflotados, porque las técnicas de gestión han sido mejor, la información es mejor y, por tanto, puede ser que se refloten datos, no lo sé, señor Consejero, y que no se deba a un incremento real, pero lo que sí está claro es que ahí se constata un incremento real, mientras que no se constata un incremento en las listas de espera, sino una estabilidad y luego un descenso en las listas de espera. Eso es algo muy importante porque si, efectivamente, se incrementa la demanda y no las listas de espera, hay un remanso en las listas de espera, significa una magnífica eficiencia en la gestión. Y eso puede constatarse y naturalmente nos satisface enormemente. Sólo nos queda felicitar al señor Consejero y felicitar a todo el equipo de técnicos de gestión del Servicio Navarro de Salud, que, evidentemente, hacen posible bajo su directriz que se llegue a conseguir estos objetivos. Muchas gracias, señor Presidente.

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

SR. ANTUÑANO ZÁRRAGA: *Buenas tardes. Gracias, señor Presidente. Saludo desde mi grupo al señor Consejero y le agradezco la lección magistral que nos ha proporcionado sobre la situación y programa de listas de espera para 1999.*

En la primera parte, como bien ha dicho, nuestro grupo ya apostó por un programa decidido y firme para solucionar las listas de espera en su carácter quirúrgico. Está avanzando la tarde y no nos queremos prolongar por el acto que tenemos posteriormente, simplemente le indicaré, a título de consideración, que en las intervenciones quirúrgicas, en la última página, hay un importante incremento desde el año 96-97 de casi un 50 por ciento. Y lo mismo en el resto de los cuadros, vemos cómo las primeras consultas van incrementando, de cada dos navarros hay una consulta. Y lo mismo la presión de urgencia, que ha cogido una pendiente con un grado importante desde el año 94-95 en el gráfico que nos exponen. Esto nos hace considerar que o bien tenemos algún problema, y decimos problema en cuanto a grado de enfermedad o a intensidad de enfermedad, o verdaderamente la gente va a estos servicios porque no acude a otros.

La reflexión que hacemos es si la salud del navarro se encuentra más deteriorada, si cada vez tenemos que acudir más al médico o es que verdaderamente vienen pacientes de fuera, porque un incremento de estos niveles en intervenciones quirúrgicas nos hace preguntar si acuden pacientes de las comunidades vecinas, si acuden pacientes del resto de España que tienen familiares aquí. Es una consideración, tampoco le pido que me conteste.

Pero sí le voy a hacer una pregunta, una pregunta global. Desde su criterio, como Consejero, ¿qué piensa de la salud de los navarros? Es decir, con estos criterios verdaderamente tendríamos que hacer una reflexión seria de la salud de los nava-

rros. Y por no alargarme más, le pediría si tiene resultados, a rasgos generales, desde la puesta en marcha de la Orden Foral 138 respecto a esta regulación, si verdaderamente desde finales del año pasado, creo que fue, a este año ha percibido usted diferencias sustanciales, o si, por otro lado, es pronto para ver los resultados. Muchísimas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Antuñano. ¿Hay alguna intervención más? Señor Consejero, tiene la palabra.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. Intentaré ser breve. En primer lugar, responderé a la señora Arboniés para decirle que tras su inicial intervención, cuando presentaba el motivo de esta petición de comparecencia, yo creo que por haber entendido una cierta cortesía parlamentaria no he entrado a discutir directamente los datos que usted de forma catastrofista ha dado. Luego se quejaba de que no había respondido a sus datos. Yo creo que es bastante significativo que usted no los haya mantenido en su segunda intervención, pero creía que por cortesía parlamentaria hacia usted tenía que ceñirme al motivo fundamental de la comparecencia y posteriormente en el debate y en el vis a vis con cada uno de los grupos poder analizar más en concreto eso que usted lanzaba desde ese inicio catastrofista y con esos tintes de acusación. Realmente, no lo he hecho precisamente por esa cortesía parlamentaria de la que en otras ocasiones dicen que carezco con usted. Tengo que tener especial cuidado, por tanto.*

Señora Arboniés, no solamente estoy orgulloso de lo que tenemos, de la sanidad que tenemos, sino que estoy especialmente orgulloso de que sé que la sanidad mejora y que los ciudadanos perciben que la sanidad está mejorando, porque, evidentemente, es también el indicador que refleja si estamos haciendo cosas positivas o no por la sanidad navarra y, por tanto, por los navarros. Yo sé que ésta es una percepción que existe en la sociedad, de la que estoy orgulloso y que, desde luego, desdice de una forma fundamental a todos estos agoreros que desde sus posiciones habituales hablan de merma de servicios, de destrucción del estado del bienestar y de privatizaciones. Esto se sabe que no es cierto, lo saben los ciudadanos; si ustedes quieren seguir articulando ese discurso en sus reuniones internas lo pueden hacer, pero, desde luego, los ciudadanos ya no se le creen, señora Arboniés.

Sobre el hecho de que el paciente es el eje de nuestra actividad, pues, efectivamente, esto es así. Es decir, efectivamente para nosotros el paciente es el eje de nuestra actividad, y antes decía que no vamos a hacer de la lista de espera una consideración estrictamente de gestión, de si es conveniente o no tener la lista de espera modulada en un determinado plazo, ni tampoco estamos actuando de una forma estrictamente sanitaria con la lista de espera de si las personas pueden esperar más o menos tiempo, sino que estamos viendo y detectando, y antes se lo decía en términos muy claros de encuestas sobre población general, que el 38 por ciento de los navarros nos dicen que hay que mejorar las listas de espera, y estamos a su servicio para mejorar las listas de espera. Porque, señora Arboniés, no he venido aquí a contarles solamente lo que puede pasar durante el año 99 si alcanzamos estos objetivos de gestión que les he traído con este programa que se ha articulado, sino que estoy hablándoles también de realidades presentes y de realidades por las cuales podemos ser evaluados en la gestión de este Gobierno.

Les he dicho, por ejemplo, la importancia que tiene la incorporación de las nuevas herramientas de gestión a través de los contratos de gestión, que antes no se desarrollaban; les he hablado de la importancia que tiene el hecho de haber aflorado listas de espera y haber regularizado los sistemas de información y de documentación, y esto es algo que es una realidad; le he dicho, además, que las listas de espera han disminuido y van disminuyendo en series temporales que podemos considerar homogéneas, y que, además, esto se hace en ese contexto en el cual se está sacando un mayor rendimiento de los propios recursos que este Parlamento otorga y con los cuales se sustenta la sanidad; y además le he dicho, y volveré a repetir, porque también es respuesta a otra de sus preguntas, que estamos actuando de una forma comprometida.

Precisamente la orden foral sobre el límite máximo de espera en una lista quirúrgica es, sobre todo, y más que ninguna otra cosa, una carta de garantías a los ciudadanos. Nosotros no estamos diciéndoles que tienen simplemente un derecho genérico, un derecho no tasado; les estamos diciendo que somos capaces de tasarles ese derecho, les estamos dando una garantía, y que además les podemos facilitar una alternativa si nosotros no cumplimos con nuestra parte del pacto. Por tanto, estamos precisamente pensando en el paciente y pensando en darle garantías, en darle cuestiones consistentes y cuestiones reales, y no darle mera palabrería, como en otros ámbitos se hace.

Sobre el hecho de que exista un caso por usted conocido de que pasan nueve meses para una consulta de alergología, le diré que yo ya le he facilitado la situación exacta a 1 de enero y la media de espera en alergología es de 271'3 días, no sé si son más de nueve meses o menos, pero le quiero decir una cosa, señora Arboniés, y es que traer un caso concreto de una persona que no sé qué situación tiene, pues realmente por cada caso concreto que se traiga yo podría traerle una decena o un millar de casos excelentes, es decir, yo creo que no nos

podemos quedar en anécdotas porque, desde luego, para hablar sobre otras cuestiones, que no las anecdóticas, es para lo que he tenido que venir esta tarde con ustedes.

En cualquier caso, sí le diré, señora Arboniés, que parece que no acaba de entender una cosa que decía al comienzo de mi intervención, y es que quien primero gestiona la lista de espera es el clínico. Por tanto, que me diga que a una persona se le da una lista de espera o se le dice que vaya a revisión dentro de catorce meses pues eso no se puede considerar una lista de espera, eso es una consulta programada y, por tanto, nadie puede pensar que esos catorce meses lo son por ineficiencias o por incapacidades del sistema sino por criterio del facultativo, como realmente así ocurre.

Y me han preocupado de forma muy específica algunas cuestiones que usted ha dicho, señora Arboniés, aunque sé que tendremos ocasión de hablar de ellas en otro momento. Habla usted de dietética, pero qué problemas de dietética no puede solventar un médico general, un endocrino. Hablaba usted de que la anorexia la llevan los dietistas, eso es absolutamente falso, señora Arboniés. La anorexia es un problema psiquiátrico. Hablaremos de ello también en esta Comisión porque gracias a una solicitud que usted ha hecho vamos a poder hablar ante la sociedad navarra de este importante tema, pero los dietistas no llevan los casos de anorexia, señora Arboniés, y esto es algo realmente preocupante si usted lo mantiene.

En cualquier caso, me preocupa otra cosa, y es ese recelo que tal vez tiene usted a otorgar a la atención primaria el papel que yo creo que tiene que tener. Precisamente, que exista una red de atención primaria es tal vez lo que más nos diferencia de un sistema privado, es decir, los sistemas privados lo único que tienen son especialistas y, evidentemente, dan acceso directo al especialista, sin demoras y sin listas de espera, pero no tienen atención primaria. La atención primaria es precisamente lo que caracteriza a nuestro sistema como un sistema equitativo dentro de un modelo moderno, y precisamente porque tenemos una atención primaria y porque queremos seguir dándole capacidades organizativas y de manejo clínico de los pacientes es por lo que podemos establecer unos determinados límites, unas determinadas correcciones y unas determinadas responsabilidades de la atención primaria sobre la especializada y de la especializada sobre la primaria, como antes les decía. Y esto es lo fundamental.

En cuanto a lo que decía de por qué a los pacientes no se les da una información o una garantía de cuándo van a poder ser vistos, le diré que precisamente esto es lo que pretendía esa orden foral antes citada y que usted ha querido derogar. Esa orden foral no solamente establece ese derecho de los 180 días y, si no, se le busca una alternativa, por cierto, algo que ya anunciamos en su momento que iba a ser progresivamente mejorado, que ésa era una posición de partida que se trataba de mejorar, sino que precisamente esa orden foral, de la que todo el mundo habla pero no sé si todo el mundo ha leído, establece un sistema en el cual al ciudadano se le reconocen unos derechos de manejo personalizado de su caso, de tratamiento personalizado, de gestión personalizada de su caso, y dentro de esa gestión personalizada se le están dando unas garantías de información directa sobre su situación y sobre los plazos de demora que se le pueden otorgar. De hecho, éste era fundamentalmente el valor de la orden foral.

Y enlazando ya con la respuesta que voy a dar al portavoz de CDN, señor Antuñano, le diré que, evidentemente, esa orden foral realmente no ha tenido al final utilidad en cuanto a que ningún ciudadano de esos cuarenta que en su momento estaban superando un plazo de 180 días ha ejercido su garantía y ha venido a pedir ser intervenido en un centro privado y que se le resarzan los gastos. Pero realmente esto es así, porque, como comenté en su momento, se trataba de que esa orden foral estableciera un marco cada vez más exigente y no sólo una garantía que se fuera a ejercer de forma ordinaria, que no era nada que nosotros quisiéramos, porque eso sí que sería generar una ineficiencia en lo público y derivarlo a lo privado. Realmente, estamos utilizando de una forma muy interesante esta orden foral, precisamente para producir ese trato personalizado al paciente. Nosotros desearíamos ir modificando esta orden foral y ser cada día más exigentes, pero que eso siguiera suponiendo que no hay ningún ciudadano que viene a ejercer ese derecho que le concedemos, porque precisamente lo que pretendemos es que esa orden foral sea un incentivo para el propio sistema en el cumplimiento de sus objetivos, no un modo, y lo dije claramente, de eludir responsabilidades, sino un modo de incentivar las propias responsabilidades.

No le puedo facilitar, señor Antuñano, números exactos sobre pacientes intervenidos de fuera de Navarra. Evidentemente, buscaré ese dato, pero sí que creo que, desde luego, no son un número relevante respecto del total de la actividad.

Por último, en cuanto a esa pregunta que me hacía de cuál es mi criterio sobre el nivel de salud de los navarros, realmente creo que no ha pasado tiempo suficiente como para responder, lo que sí sabemos es que los navarros, yo creo que como cualquier grupo en el mundo occidental, cuando hay un acceso a una sanidad de calidad como la que pretendemos tener, evidentemente, somos frecuentadores, somos muy frecuentadores de los servicios sanitarios. Ya sabe usted la situación que se da de que la sanidad es un sistema en el cual,

cuando se oferta más, se demanda más, es decir, éste es un sistema por sí incrementalista, pero realmente yo creo que la salud de los navarros habría que testarla exactamente a través de las encuestas de salud. Pero, desde luego, lo que sí sé, a través de los indicadores de actividad, es que somos muy frecuentadores, lo cual no entro a calificar si es bueno o es malo, pero es una realidad que somos muy frecuentadores. Más del 90 por ciento de los navarros declaran haber utilizado durante el último año la sanidad pública en cualquiera de sus servicios o versiones, y, desde luego, sabemos, y eso nos enorgullece a todos, que el alcance que tiene la sanidad pública para con los navarros es de una universalidad completa y que, desde luego, nosotros siempre defenderemos.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Consejero. ¿Quieren un segundo turno? Señora Arboniés, sea breve.*

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *Muy breve, señor Presidente. En primer lugar, haré alguna puntualización. Se ha hablado de casos aislados, pero quiero decirle que si usted mira el recuadro de su propio informe que nos ha traído, en la página 5, en la especialidad de alergología hay 271 días de espera, eso significa nueve meses, o sea que no estamos hablando de nada anecdótico, sino de algo real. Lo que le he dicho en mi primera intervención encaja con su propio cuadro, que aquí expresa 271 días de media, si es que leo bien lo que pone en ese recuadro, con lo cual, estaríamos de acuerdo.*

En cuanto a la pregunta que le había hecho al inicio, soy muy cabezona, pero debo constatar que no me la ha contestado. Me ha hablado de una orden foral, de unos derechos, de que el ciudadano puede ejercer esos derechos. Entonces, cuando se demanda una consulta, tendría que ser en este caso el ciudadano el que demandara saber cuándo se va a producir esa consulta. Eso es lo que he entendido del señor Consejero.

También nos ha hablado del rigor, y yo sólo querría decirle que espero que en los datos del año 2000 comprobemos que, efectivamente, hay una mejora, porque aquí tenemos los datos de diciembre del 96 que hablan de 22.708 personas en lista de espera; en diciembre del 97, 18.000; y, según los datos, al 1 de enero del 99 habla de 21.795 personas, lo cual quiere decir que hay unas oscilaciones en esos datos.

Solamente me queda decirle que ojalá cuando veamos los datos al final del 99 haya una rebaja en estas listas de espera y, efectivamente, se compruebe que todo lo que se va a poner en marcha realmente es efectivo.

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

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Simplemente quiero decirle a la señora Arboniés que me encantaría que al final de este ejercicio de 1999 usted me pudiera pedir esos datos y yo se los pudiera dar. Gracias.*

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Consejero.*

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la situación de la meningitis.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Pasamos al segundo punto del orden del día: comparencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre la situación de la meningitis. Esta comparecencia ha sido solicitada por el grupo socialista y para su introducción tiene la palabra el señor Ezpeleta. Cuando usted desee.*

SR. EZPELETA MARTÍNEZ: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías, buenas tardes, señor Consejero. Esta segunda parte de la Comisión de Sanidad que hoy nos reúne a todos aquí no responde más que a una necesidad que hay cuando las circunstancias obligan a que algún tema se trate en este foro.*

En fechas muy recientes, señor Consejero, la Subdirección General de Epidemiología e Información Sanitaria del Instituto Carlos III, el día 15 de marzo, manifiesta en un informe que la meningitis ha bajado notabilísimamente después de las campañas de vacunación, que se ha notado su efecto y que estamos estabilizados. Esa frase podría resumir lo que, de alguna manera, es el corolario siguiente que ha hecho la propia subdirección general: "no es necesaria la vacunación preventiva contra la meningitis", referida al territorio donde se han producido estas vacunaciones.

Dicho esto como aserto primero, en cuanto a la situación de la meningitis, tenemos que ver que esa tendencia positiva y determinante que los expertos de la propia subdirección general tienen en la evolución de la enfermedad lo es en las comunidades autónomas en que la vacunación se produjo antes, es decir, si todos nos retrotraemos un poco hacia atrás, ahora hace dos años que se empezó de alguna manera a plantear que la meningitis era una preocupación general, el número de casos aumentaba, y en el mes de septiembre ya varias comunidades optaron por generalizar la vacunación, a pesar de que en ese momento el Ministerio de Sanidad aseguraba, evidentemente, que todavía no era necesario dar este paso.

Pues bien, en estas comunidades que empezaron en septiembre, se ha producido una disminución mucho más evidente en los casos, independiente-

mente de los serogrupos, en las defunciones y en los casos confirmados del serogrupo c.

Es evidente que esto que se ha manifestado a nivel general y que se pone de manifiesto con las evaluaciones que se hacen por los expertos de epidemiología del Instituto Carlos III, de alguna manera, también se produce en Navarra. En Navarra hemos tenido, si contamos en semanas y contamos la época del frío, que es cuando de alguna manera la meningitis nos agrede socialmente, la incidencia del serogrupo de la meningitis c, como ponía de manifiesto un periódico de esta Comunidad, concretamente el Diario de Navarra, el día 12 de febrero de 1999.

Teniendo en cuenta, y desde el parámetro de que los casos de meningitis en toda Navarra eran los más reducidos desde 1994, entre ese paréntesis de que los casos de meningitis eran los más reducidos desde 1994, se ponía de manifiesto en el informe del Diario de Navarra de esa mañana del día 12 que en el serogrupo c se había producido un cierto incremento. "El serogrupo c se ha incrementado de 0'96 casos por 100.000 habitantes en 1997-1998" –es decir, en las campañas de octubre a marzo, que es cuando, de alguna manera, en esa época del frío aumenta la prevalencia de la meningitis c– "a 1'92 casos por 100.000 habitantes en 1998-1999", poniendo entre paréntesis, como les digo, que de cualquier manera la incidencia de la meningitis c se consideraba completamente normal en cuanto al número de casos.

Nuestro grupo vio esta información el día 12, y ese día 12 solicitó la presencia del Consejero, simplemente porque desde la reflexión científica y desde cualquier análisis era evidente que parecía necesario evaluar la necesidad de considerar si estábamos dentro de los parámetros, dentro de los criterios que debían hacer mantener ese criterio de no vacunar a la población, además, en una semana en que se habían producido algunos casos de fatal incidencia por los resultados que tuvieron.

Evidentemente, de esta tasa que se daba por 100.000 habitantes, yo me he molestado luego en recoger los faxes que se han mandado a la dirección general desde Navarra, y bien es cierto que se modifica en esa semana el fax que se remite, porque uno de los casos que daba la tasa, como bien reflejaba el periódico, que sin duda no se ha inventado los datos, de 1'92, uno de los casos del serogrupo c, como decía, se pasaba al término de no agrupados justo tres días después, con lo cual, la incidencia de 1'92, que con muy buen criterio y porque así se le había facilitado daba el Diario de Navarra, se pasaba a 1'73, porque los casos del serogrupo c ya no eran diez sino nueve.

Pero fueran los que fuesen, evidentemente, se produce ese pequeño aumento y esa pequeña incidencia, y ése es el motivo de que le hayamos solicitado que de alguna manera nos transmita esta información, porque independientemente de lo que opinen los expertos, de lo que podamos opinar ciertos profesionales, de lo que consideremos en este Parlamento, lo que sí es una realidad es que en los ciudadanos de Navarra, en los colegios, en las comarcas se ha producido una ansiedad. Y eso es algo que han reflejado los medios de comunicación porque la ansiedad producida por esta enfermedad, por las consecuencias que tiene y que ha tenido en nuestra Comunidad, de alguna manera, ha provocado que esa situación se transmita, que la gente se vacune por su cuenta, como nos consta a todos, que en las consultas de pediatrías y en los hospitales se haya actuado con mucha seriedad y con algunas reflexiones muy eficientes y muy eficaces, como fue la carta que se publicó por parte del jefe del Servicio de Pediatría del hospital Virgen del Camino, que creemos que fue muy positiva, en el sentido de tranquilizar a la población, y nos parece perfecta.

Creemos que, de alguna manera, esas circunstancias han generado una ansiedad tremenda, y se ha producido en la comarca de Alsasua que no se pudiera vacunar por la nieve a ciertas personas en la zona de Etxarri, o que en Estella durante un fin de semana en un caso que se dio también la gente estuviera con absoluta ansiedad, y todo eso genera situaciones un tanto complejas que deben hacer que, de alguna manera, el Departamento de Salud manifieste que la situación sigue siendo la que aquí hemos dicho, que no es necesaria la vacunación preventiva contra la meningitis, que estamos dentro de los parámetros de normalidad y que dentro de esas medidas se actúa sobre los colectivos específicos y especiales, que puede ocurrir bien sea con la quimioprofilaxis, bien sea con la vacunación, y que, de alguna manera, nos informe como está la situación al día de hoy. Muchas gracias.

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

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Muchas gracias, señor Presidente, y muchas gracias también de forma específica a quienes han propiciado esta comparecencia, que, como saben todos ustedes, tiene su antecedente. En esta misma Comisión tuvimos ocasión en su momento de hablar de este tema en otras circunstancias yo creo que incluso más complicadas desde el punto de vista social, y realmente vi en aquella ocasión y yo creo que todos vimos que el hecho de que el Parlamento se hubiera reunido para hablar de estas cosas y se hubiera podido debatir por parte de los grupos supuso también ese añadido ingrediente de tranquilidad que también queremos propiciar en el tenor de lo que comentaba antes el portavoz socia-*

lista: no se trata sólo de tomar decisiones técnicamente correctas, se trata también de poder trasladar esas decisiones a la sociedad, que sean entendidas y que, al final, los ciudadanos conozcan que hay un sistema sanitario y también unos tutores de ese sistema sanitario, como evidentemente representan los grupos políticos en esta Cámara, que velan precisamente porque las decisiones se tomen de forma correcta.

Voy a ceñirme de forma específica a las tablas que tenemos en estos momentos. No voy a pretender de ninguna forma enterrarles en números, desde luego, eso sería una enorme descortesía, pero sí voy a ponerles el acento en los principales números, para que los podamos tener todos muy claros, con independencia de cuáles sean las opiniones de los organismos competentes en la correspondiente materia, y al finalizar haré una reflexión breve desde ese punto de vista social que el portavoz socialista sugería o, más que sugerir, explicitaba en su introducción.

Les llamo la atención sobre la tabla que figura en la página 2, en la que encontramos, a diferencia de la que existe en la página 1, que habla de números absolutos, un valor de tasa, que es un valor muchísimo más útil para poder comparar unas regiones con otras, donde efectivamente nos encontramos con la casuística detectada en general de enfermedad meningocócica por todos las causas, por todos los serogrupos, mejor dicho, en las temporadas 96 a 97 y 97 a 98.

Ahí vemos cuál es la situación de Navarra, y la situación de Navarra es que en el periodo 96 a 97 tenemos 3'22 casos por cada 100.000 habitantes sobre una media y un total nacional de 5'73, y en la temporada 97-98 –les llamo la atención también de que éstos son datos del Centro Nacional de Epidemiología, son datos, por tanto, no del todo actuales, hay otros datos que gestiona directamente el Instituto de Salud Pública, y ésos sí que están actualizados esta misma semana– hay una incidencia de 2'65 casos de meningitis meningocócica, frente al 3'13 del total nacional.

Realmente, esta tabla tiene que tener posteriormente un desglose en números absolutos, que se les presenta en la página 3, pero sobre todo en tasas, que se les presenta en la página 4, donde, efectivamente, encontramos específicamente los casos que se refieren y que se han podido atribuir al meningococo c, serogrupo c, que es sobre el que existe no sólo vacuna sino también presuntas estrategias vacunales por parte de las comunidades autónomas.

Entonces, aquí sí que podemos ver cuáles son exactamente las diferencias, y, efectivamente, encontramos un dato destacado, en el sentido de que en Navarra, efectivamente, por incidencia del serogrupo c tenemos una tasa de 1'51 casos por cada 100.000 habitantes, frente a una tasa nacional del 0'81.

Esta tabla, evidentemente, no distingue algo que es un factor yo creo que importante en este caso, y es que, como todos ustedes saben, estamos hablando de una multiplicidad de comunidades autónomas, con unas condiciones climáticas distintas, y de la misma forma que tradicionalmente las comunidades más meridionales, Canarias o Andalucía, mostraban unas tasas muchísimo más bajas, lo cierto, y también se dijo esto en su momento, es que Navarra, siendo una comunidad del norte, una comunidad húmeda, una comunidad más fría que el resto de comunidades, puesto que aquí la estacionalidad, como decía el portavoz del Partido Socialista, es bien clara, pues realmente está en unos términos más o menos comparables con lo que existe en otras regiones de estas latitudes.

De cualquier forma, esta tasa, que desglosa, como digo, la incidencia concreta por el grupo c, refleja, efectivamente, que se ha producido un incremento desde la temporada 96-97 hasta la temporada actual, pero es una tabla todavía incompleta sobre otra consideración que creo que es también muy importante, cual es la que representa la alternancia de la incidencia entre el grupo c y el grupo b, porque lo que sí se puede ver en una tabla que a continuación les presentaré es el hecho de que son unos grupos que habitualmente se alternan en la incidencia en el ataque que presentan ante las personas que contraen esta enfermedad y que, por tanto, nos permiten hablar de una cierta situación de consideración global y conjunta de las tasas del c sobre las tasas del b. Esto lo tenemos reflejado en la página 6.

El principal elemento de reflexión sería el siguiente: nosotros tenemos, en primer lugar, tradicionalmente las tasas más altas de confirmación de casos de serología, es decir, generalmente confirmamos cerca del cien por cien de los casos. En este último año realmente sólo se ha podido confirmar el 77'78 por ciento de los casos, porque hubo en algunas ocasiones una existencia de pacientes que habían tomado antes antibioterapia y realmente no se puedo realizar adecuadamente el cultivo, pero Navarra, ya se dijo en su momento, es una de las comunidades donde de forma más precisa se controla la aparición de los casos y se puede hacer el correspondiente grupaje.

Nos encontramos con que estamos en Navarra en una tasa de 1'73 de casos totales sobre el 1'11 del ámbito general español, pero, si nos fijamos en las columnas del grupo c y del grupo b, nos encontramos con que, efectivamente, como antes decía, estamos por encima en el grupo c pero, de alguna forma, por debajo en el grupo b.

Creo que esto ofrece un dato de reflexión, en el que no solamente hay que buscar cuáles son las circunstancias de Navarra, sino que podemos verlo de forma pareja en otras comunidades. Les pediría que se fijaran de forma específica, por ejemplo, en la Comunidad Autónoma Vasca, donde se ve que, efectivamente, cuando descienden los casos de c habitualmente se incrementan los casos de b, con lo cual, estamos en una situación en la que no podemos de ninguna forma afirmar que por haber erradicado o haber disminuido al máximo mediante vacunaciones masivas los casos de c se dejen de producir casos en este momento atribuibles al grupo b.

Hay una cierta –los expertos lo reconocen– ecología entre estos microorganismos, de forma y manera que cuando no hay una posibilidad de ataque y de burla inmunológica del grupo c, por haber existido una vacunación, existe una mayor incidencia, existe una mayor entrada del grupo b.

También es cierto que en general en España están reduciéndose los casos en una proporción mayormente atribuible al grupo c que al grupo b, pero, en cualquier caso, la situación de Navarra es la que se está recogiendo en la tabla que les indico.

Finalmente, les llamaría la atención sobre una tabla que creo que es también importante y que es la que está contenida en la página 9, donde hemos pretendido reducir al mínimo un factor que se ha descrito, cual es el que define el hecho de que las ondas de incidencia de la meningitis son unas ondas epidémicas, más o menos conocidas, más o menos clásicas, y nos podemos encontrar con que distintas comunidades autónomas se pueden encontrar en distintos momentos de distintas ondas y que, por tanto, la comparación estrictamente interanual no es una comparación exacta desde el punto de vista epidemiológico.

Por tanto, se ha generado esta tabla que contiene tasas acumuladas y que, por tanto, al sumar periodos de tiempo más grandes, es decir, en este caso desde el año 96 hasta el año 98, nos esta evitando en general y por un mecanismo estadístico de asignación a la media lo que son las estacionalidades, lo que son los picos interepidémicos que se producen en la meningitis.

Nos encontramos con que aquí, en esta tasa acumulada desde el año 96 hasta el año 98, Navarra presenta una tasa del 2'11 por 100.000 habitantes, frente a un total nacional del 3'0.

Como digo, esta acumulación de tasas realmente nos quita esa percepción de ver distintos momentos de la onda en distintas comunidades autónomas que puedan estar en esta situación.

Se les ha añadido, también, la correspondiente información sobre las últimas semanas, en este caso a través del sistema de información y de vigilancia epidemiológica del Instituto de Salud Pública de Navarra, donde encontramos los casos que se están produciendo y las atribuciones grupales que esos casos pueden presentar.

Y, por último, se les ha facilitado también, en la antepenúltima página, la incidencia de la letalidad, es decir, los casos que han derivado en éxitus por enfermedad meningocócica y de acuerdo con los correspondientes serogrupos. Efectivamente, y como es conocido por la opinión pública, en el periodo epidémico del año 98 al año 99 se han registrado tres fallecimientos, creo que los casos además han encontrado un reflejo en los medios de comunicación suficiente como para que conozcamos exactamente en qué circunstancias se produjeron esos óbitos, y quisiera facilitarles en esta tabla el recuerdo de que prácticamente durante todos los años que conocemos modernamente esta enfermedad y a través del sistema de vigilancia epidemiológica se han producido fallecimientos, cuyas circunstancias se explicaron claramente en la anterior comparencia sobre este tema. En el anterior periodo se registró un solo fallecimiento, pero, por ejemplo, en el periodo del año 96 al 97 se registraron cuatro fallecimientos. Tienen ahí la correspondiente atribución a las correspondientes serologías.

Y ya para ir finalizando con esta parte de expresión estrictamente numérica de la situación en Navarra, quisiera decirles que también se ha hecho el correspondiente cálculo del índice epidémico. Ésta es una ratio conocida por todos ustedes, que ya mencionamos cuando hablábamos de las enfermedades emergentes, donde decíamos que ese índice epidémico, que supone porcentualmente la aparición de nuevos casos sobre los casos que se conocen en los últimos años, nos indica que en la meningitis meningocócica, en la enfermedad meningocócica, por decirlo de forma más precisa, tenemos un índice epidémico en estos momentos del 0'82, y, como saben ustedes, cuando el valor del índice se encuentra entre 0'76 y 1'24, como es en este caso, la incidencia se considera completamente normal, y reitero, hablar de normalidad en Navarra en este caso en estas enfermedades es hablar de unas tasas bajas respecto de la incidencia general en toda España y en el mundo occidental. Nos encontramos con que esa incidencia, de acuerdo con ese índice, es completamente normal y que no estamos, por tanto, registrando ninguna situación anormal ni ninguna situación de incidencia adicional de la meningitis o de la enfermedad meningocócica que nos derive en decisiones de salud pública de relevancia.

Les he pretendido recordar también, y ya paso con este fleje a hablar de esos otros aspectos de tipo social, cuáles fueron en su momento las razones que desaconsejaban la vacunación masiva a la

población. Y las razones son las que, de forma sumaria, ahí se recogen. En primer lugar, la vacuna disponible del polisacárido es una vacuna que no permite alcanzar un estado de inmunidad permanente, es una vacuna que no tiene el denominado efecto booster *y que, por tanto, no causa un efecto permanente por sucesivas dosis de recuerdo. Es, por tanto, una vacuna distinta de otros modelos de vacunas conocidas y, desde luego, no es una vacuna que nos produzca una cobertura poblacional que podamos considerar adecuada.*

Además, esta vacuna no tiene, como conocen ustedes, una alta efectividad. No se acerca al cien por cien, ni mucho menos, y, por tanto, en su momento las autoridades sanitarias pensamos que generalizar la vacunación a toda la población en la situación que Navarra tenía realmente era generar una falsa sensación de seguridad inmunológica, cuando sabemos perfectamente que la vacuna solamente podía incidir sobre el serogrupo c, y realmente había otros serogrupos y otros agentes etiológicos, bacterianos y virales que también podían producir en general el cuadro de meningitis popularmente conocido y que realmente nos estaba induciendo a generar en la sociedad una falsa sensación de seguridad que, desde luego, era algo adverso a unos intereses generales de salud pública.

Se sabía, además, y se sabe que esta vacuna protege menos a las edades menores, a las edades más pequeñas, precisamente aquellas edades que son las más expuestas a tener esta enfermedad, este tipo de cuadros y, por tanto, abundaba en esa consideración que antes les decía de generar una falsa sensación de seguridad inmunológica.

Además, la vacuna disponible actualmente no es capaz de romper la cadena de contagios, no es, por tanto, útil en ese sentido.

Y además existen y siguen produciéndose reiterados y numerosos argumentos de autoridad científica internacional sobre que esto se tiene que considerar desde el punto de vista sanitario así.

Si me lo permiten, les traigo tres ejemplos, el primero, la propia producción científica en la Comunidad Foral. El boletín del Instituto de Salud Pública de julio del 94 ya establecía en aquel momento una operatoria para actuar en estos casos. En este documento de salud pública se decía claramente que la vacunación se tenía que restringir estrictamente al abordaje de los casos índices cuando estos casos índices se pudieran producir.

Pero, aparte de lo que está recogido, como digo, como norma de conducta en Navarra en salud pública desde julio del 94, existen, asimismo, otras aportaciones igualmente valiosas, por ejemplo, la última publicación sobre enfermedades prevenibles y vacunaciones, del doctor Salleras –el doctor Salleras es además de un eminente epidemiólogo el director de Salud Pública de Cataluña–, donde se establece también una pauta de vacunación que es estrictamente la pauta de vacunación que se realiza en Navarra y donde se dice que no se recomienda en ningún país desarrollado la administración sistemática de la vacuna antimeningocócica. Realmente, aquí nos está indicando también cuáles son estas condiciones en personas que tienen déficits inmunológicos por anesplenia anatómica funcional, etcétera, personas que viajan a zonas endémicas, el contacto de riesgo de los casos esporádicos, que es cuando se ha vacunado, efectivamente, desde salud pública; y, efectivamente, dice: brotes epidémicos producidos por algún serogrupo de los incluidos en la vacuna, situación ésta que, evidentemente, no se recoge en Navarra de ninguna manera en esta situación y con los datos que les facilitaba.

Y también les podría incluso facilitar, como argumento de autoridad, lo que está establecido desde el CDC, en Atlanta, cuando también en un artículo ya clásico se ha dicho que no está recomendada la vacunación de rutina en las personas que componen simplemente población general y no contacto con los casos índices.

Pero a partir de aquí sí que quisiera decirles algo, y es que evidentemente nosotros, de la misma forma que no tomaremos decisiones simplemente por complacencia, es decir, que porque en la comunidad autónoma de al lado lo hayan hecho nosotros lo tengamos que hacer aquí, yo creo que si la sanidad navarra tiene un prestigio lo tiene también para poder avalar este tipo de decisiones, de la misma forma que no tomaremos decisiones de tipo complaciente, tampoco dejaremos de tomar las decisiones cuando las decisiones se tengan que tomar.

Quiero ponerles un ejemplo muy claro, en nuestro ámbito la meningitis causada por el haemophilus influenzae es mucho menos incidente y, sin embargo, porque sí existe una vacuna que tiene unas adecuadas condiciones de inmunización, porque es una vacuna que da una inmunización permanente, es una vacuna que puede inmunizar a niños pequeños, es por lo que por ejemplo sí que se ha incorporado en el calendario vacunal. Es decir, cuando se ha encontrado un instrumento que puede ser útil es cuando se ha incorporado este instrumento.

Y de la misma forma, les puedo anticipar que se prevé para el final de este año la autorización en España de una vacuna conjugada contra la meningitis c. La vacuna conjugada es una vacuna donde al antígeno se le incorpora una proteína que actúa magnificando los efectos de la respuesta inmunológica, donde sí se consigue un efecto booster, *es decir, donde se puede, a través de una dosis de*

recuerdo, generar una inmunización permanente en el organismo.

Cuando esta vacuna conjugada se autorice en España y se pueda evaluar de forma rápida que es una vacuna efectiva, que es una vacuna que puede dar cobertura a niños pequeños y que además se puede dar de forma permanente, sin ningún otro planteamiento se incorporará. Pero en su momento, evidentemente, no se podía tomar la decisión de incorporar, desde el punto de vista de la salud pública, la vacunación masiva, dentro de las circunstancias epidemiológicas que había en Navarra y de las propias circunstancias de la vacuna, que, aunque parezca que es una vacuna como la de cualquier otra enfermedad, realmente tiene todas las limitaciones que antes les comentaba.

Yo comprendo que haya una preocupación general en algunas ocasiones. También tengo que decir que es una preocupación tal vez más de ámbito mediático que de ámbito popular, porque, como antes decía, y muchas veces me lo habrán escuchado, meningitis ha habido siempre, meningitis realmente es algo de lo que nuestra sociedad nunca se podrá desprender, pero realmente nunca los casos de meningitis llegaban a los periódicos. Ahora llegan a los periódicos por razones que yo no juzgaré, pero lo cierto es que ante esa preocupación social que en algunas ocasiones reconozco que puede existir, la respuesta que hay que dar es una respuesta solvente desde el punto de vista del consejo de los expertos, donde yo creo que también se juega el prestigio de la sanidad navarra, que si hemos reconocido antes que era alto, tenemos que saber que también es alto para poder articular y asesorar este tipo de decisiones que al final se tienen que tomar.

Como les digo, no es por una razón de tipo económico ni porque se actúe de forma políticamente comprometida con un planteamiento o con otro, es simplemente que la vacuna no se considera en estos momentos necesaria ni útil para la población general. Cuando se han encontrado vacunas que sí se consideran adecuadas, como la que les decía del haemophilus, aunque la meningitis por haemophilus sea menos prevalente, se incorporan en el calendario vacunal sin ningún problema. Además, es conocido que el calendario vacunal de Navarra es posiblemente el más amplio de toda España, y espero que siga siéndolo en la medida en que sepamos incorporar todas las aportaciones que haya, evaluadas evidentemente siempre desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia.

Esto es lo que de momento les quería informar, señoras y señores Parlamentarios, señor Presidente.

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

SR. EZPELETA MARTÍNEZ: *Muchas gracias, señor Presidente. Intervengo brevemente para agradecer la información que se nos ha dado. Vuelvo a repetir, de alguna manera, los argumentos que he expuesto previamente, en cuanto a cómo se ha producido, como mínimo, esa estabilización este año en el territorio de las comunidades donde se ha producido la vacunación y cómo en aquellas que se vacunaron en septiembre se ha producido una incidencia mucho menor del serogrupo c, evidentemente.*

Y un dato que yo creo que también nos debe hacer reflexionar de cara al futuro: prácticamente no se ha producido ningún caso en esas comunidades en edades en que la vacuna podía haber hecho esa protección, se han producido o en edades muy tempranas, como bien ha reflejado, o en edades muy avanzadas, pero en la población que pudiera ser protegida por la vacuna, a pesar de que coincido en todos los datos estacionales, de variabilidad de los serogrupos y de la propia incidencia estacional que tienen, prácticamente no se ha producido ningún caso. Creo que ésa es una reflexión importante. En todas las poblaciones en edades protegidas por la vacuna los casos prácticamente han desaparecido, y en aquellas comunidades donde se produjo en septiembre con más incidencia que en las que se produjo más tarde. Nada más y muchas gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Ezpeleta. ¿Algún otro portavoz desea intervenir? Señora Errazti, tiene la palabra.*

SRA. ERRAZTI ESNAL: *Gracias, señor Presidente. Me alegro mucho de todo esto que nos ha dicho el Consejero, que, sin duda, servirá para que los especialistas en pediatría de nuestra Comunidad estén más documentados y puedan tener más opinión; seguramente, cuando la transmitan a la ciudadanía, lo harán en mejores condiciones. La verdad es que la enfermedad, y en eso estoy de acuerdo, y la muerte al final, es algo inevitable, tiene que haber, no podemos negarla y no podemos pensar que la vamos a eliminar, pero sin amedrentar a la población y sin generar esos falsos miedos, que ésa es también la obligación de la Consejería de Salud y la obligación del Parlamento, no generar falsas expectativas ni falsos miedos. Aun creyéndome lo que usted dice, no soy quién para cuestionárselo, por supuesto, desde el punto de vista médico, pero sí le plantearé que en el momento en el que se puede ayudar a unos sectores de la población a que no se contagien de algo siempre es mejor hacerlo que no hacerlo. Es un planteamiento*

muy simple, pero que se demostró ya con el haemophilus b.

Yo recuerdo largos debates en este Parlamento, y tenía que decirlo, como es obvio, recuerdo el debate de Presupuestos del 96, el debate de Presupuestos del 97, en el que esta portavoz tuvo que oír acusaciones de demagogia, de amedrentar a la población. Tuve que oír que casi estábamos generando un miedo social tremendo a esta enfermedad, cuando resulta que estábamos avalados por una serie de documentación científica que no voy a recordarle porque usted, sin duda, la recordará, que también hacía referencia a una Comisión a la que yo le llamé a usted aquí para hablar de eso, y resulta que después, como bien recordará el señor Viñes, a los dos o tres meses de aquella Comisión se decidió vacunar, estoy hablando del haemophilus b todo el tiempo. Le dije que en algún momento volvería aquí a decirle que yo tenía razón, me alegro de que públicamente haya quedado constancia de que en aquel momento Eusko Alkartasuna tenía razón y que la vacunación contra el haemophilus b tenía que darse en nuestra Comunidad para el bien de la población y no, desde luego, para que esta portavoz ni Eusko Alkartasuna se quedasen muy contentos en su casa. Ése era el objetivo.

Respecto a la meningitis c, señor Consejero, le diré que yo he vacunado a mis hijos, porque así me lo aconsejaron los pediatras que conozco, pediatras de la sanidad pública, de Virgen del Camino y el pediatra del ambulatorio del barrio al que voy. Y también el Presidente del Congreso de los Diputados lo hizo, o sea que tampoco estamos aquí hablando por hablar. Hemos vacunado a nuestros hijos porque nos ha parecido lo mejor, porque de esa manera nos parece que están más protegidos. Igual somos muy simples las madres y los padres, pero bueno, estamos más seguros.

Dice usted, que sabe muchísimo más que yo de todo esto, que no se rompe la cadena de contagios al vacunar, pues hombre, no lo sé, yo creo que al menos protege. Dice que se genera una falsa sensación de seguridad inmunológica, pues hombre, te contagias o no te contagias. Quiero decir que el hecho de que vengamos a algo que es tan relativo a la hora de ponerlo en una frase seguramente hace que mi interpretación, también muy básica, porque hay solamente una frase aquí escrita, señor Consejero, también sea muy primaria. Pero, claro, yo no sé, cuando mis hijos están vacunados me siento más tranquila, cuando veo que ha habido cuatro muertes este año, inevitables seguramente, porque usted no puede hacer milagros, y desde aquí no se los voy a pedir ni yo ni nadie, es decir, la muerte es así, la vida es así, pero, como vemos, hemos previsto en otro tipo de enfermedad, en el tipo b, que con la vacunación se han salvado vidas, pues al menos no cerremos la puerta, que llegue otro momento en el que también en el tipo c sea necesaria la vacunación. Hoy por hoy usted tiene argumentaciones serias que lo desaconsejan, yo no le voy a decir lo contrario, pero sí esas reflexiones que nos llevaron a la vacunación en el tipo b. Quizás llegue otro momento en el que se pueda vacunar también en el tipo c. En todo caso, ojalá tengan ustedes razón. Gracias.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señora Errazti. Señor Consejero.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. Fundamentalmente quiero agradecer al portavoz socialista que, a través de su iniciativa, haya podido trasladar a esta Comisión la información de la que disponemos, que, evidentemente, es una información que, como muchas veces hemos dicho, directamente se transmite a cualquiera que la solicite, porque una de las características del abordaje social de estos casos es precisamente poder dar la información sin que nadie crea que es una información alterada.*

A la señora Errazti creo que voy a evitar darle una respuesta, porque tendría que ser una respuesta demasiado extensa, tendría que ser una respuesta en la que le tratara de explicar cómo se componen las decisiones en salud pública, y las decisiones en salud pública no se componen simplemente desde el plano político, eso que usted parecía que tenía como orgullo, porque su grupo parlamentario fue el que propició aquella enmienda que quiso establecer la vacunación del haemophilus. Aunque usted crea que tenía razón en su momento, yo le digo que en su momento no tenía razón. Es decir, en su momento no tenía razón porque en su momento no había evidencia suficiente como para poder incorporar esa vacuna al calendario. La ha podido alcanzar después, pero en su momento usted no tenía razón, por mucho que se empeñe.

Le diré, además, que las decisiones de salud pública, desde luego, no se componen exclusivamente por las opiniones de unos determinados profesionales especialistas, que, evidentemente, ven el problema desde un determinado punto de vista, sino que se componen desde una multiplicidad de visiones, en donde creo que no tiene que tomarse nunca opción política sino que se tiene que escuchar de la misma forma que a los especialistas pediatras a los epidemiólogos, a los expertos en salud pública, etcétera.

En cualquier caso, tampoco creo que deba empezar a cursar una respuesta como tal vez sus sugerencias determinarían, porque todavía está usted muy confundida, señora Errazti, cuando usted habla de que si se ha vacunado del b y no del c. Del b no se ha vacunado, del meningococo b no se ha vacunado; se ha vacunado del Haemophilus

influenzae grupo b, pero es otro agente etiológico completamente distinto, y usted ha acabado diciendo que si se vacunaba del b por qué no del c. Del meningococo b no se ha vacunado porque no existe esa vacuna todavía.

Y si usted está mucho más tranquila con las decisiones que usted, como madre, de forma seguramente adecuada ha tomado respecto a la vacunación de sus hijos, me parece muy bien, si ésa es su percepción. Yo le rogaría que no estuviera tan tranquila y tan satisfecha en el sentido de que, como he tratado de explicar con las tablas, y esto es una evidencia también, cuando nos defendemos mejor contra el c estamos en mayor vulnerabilidad contra el b, con lo cual, no crea usted que ha encontrado una solución a un posible problema de meningitis para sus seres queridos, porque, desde luego, no la ha encontrado. Nada más. Muchas gracias, señor Presidente.

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Armañanzas Echarri): *Gracias, señor Consejero. Agotados ambos puntos del orden del día, señorías, se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESION A LAS 18 HORAS Y 39 MINUTOS.)