



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

V Legislatura

Pamplona, 22 de febrero de 2000

NÚM. 3

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. ALBERTO CATALÁN HIGUERAS

SESIÓN CELEBRADA LOS DÍAS 22 DE FEBRERO Y 3 DE MARZO DE 2000

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre el funcionamiento de los [Centros de Atención a la Mujer](#).

SUMARIO

Comienza la sesión a las 16 horas y 30 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre el funcionamiento de los Centros de Atención a la Mujer.

Abre la sesión el Presidente de la Comisión, señor Catalán Higueras, quien cede la palabra al representante del grupo solicitante de la comparecencia, señor Andión Gastón (G.P. Socialistas del Parlamento de Navarra) (Pág. 2).

A continuación toma la palabra el Consejero de Salud, señor Cervera Soto (Pág. 3).

El Presidente de la Comisión informa de que se ha cometido un atentado en Vitoria en el que han muerto Fernando Buesa y su escolta Jorge Díez, y propone la suspensión de la sesión (Pág. 12).

Se suspende la sesión a las 17 horas y 24 minutos.

Se reanuda la sesión el día 3 de marzo de 2000, a las 10 horas y 3 minutos.

El Presidente reanuda la sesión y cede la palabra al Consejero (Pág. 12).

Se suspende la sesión a las 10 horas y 25 minutos.

Se reanuda la sesión a las 10 horas y 34 minutos.

En el primer turno de intervenciones toman la palabra las señoras Torres Miranda (G.P. Socialistas del Parlamento de Navarra), Arboniés Bermejo (G.P. Izquierda Unida de Navarra-Nafarroako Ezker Batua) y Rubio Salvatierra (G.P. Euskal Herritarrok), a quienes contesta, conjuntamente, el Consejero (Pág. 16).

En el segundo turno toman la palabra las señoras Torres Miranda y Arboniés Bermejo, a quienes contesta, tras cada intervención el Consejero; el señor Viñes Rueda (G.P. Unión del Pueblo Navarro) y la señora Rubio Salvatierra (Pág. 28).

Se levanta la sesión a las 12 horas y 11 minutos.

(COMIENZA LA SESION A LAS 16 HORAS Y 30 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre el funcionamiento de los Centros de Atención a la Mujer.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higueras): *Buenas tardes, señorías. Damos comienzo a la sesión de esta Comisión de Sanidad, para que el Consejero de Salud, don Santiago Cervera Soto, informe sobre el funcionamiento de los centros de atención a la mujer. En primer lugar, tiene la palabra, como proponente de esta iniciativa, el representante del Partido Socialista, señor Andión.*

SR. ANDIÓN GASTÓN: *Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, buenas tardes. En primer lugar, quiero dar la bienvenida y agradecer su presencia al señor Consejero de Salud y al miembro de su departamento que le acompaña, que acude a esta Comisión respondiendo a la petición de comparecencia que realizó este grupo hace ya casi cuatro meses, el pasado 29 de octubre, para que nos informara acerca de la realidad actual de los centros de atención a la mujer, la problemática que se ha detectado y las previsiones de futuro tanto en lo que concierne al funcionamiento como a la implantación de nuevos centros que queden todavía por hacerse.*

Han pasado ya más de dos años desde la aprobación del decreto foral por el que se estableció la ordenación vigente de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y planificación familiar. En este decreto, además de establecer las prestaciones sanitarias en obstetricia y ginecología, planificación familiar y educación sexual, se establecen las prestaciones objeto de programas dirigidos a grupos de riesgo o condiciones específicas de la mujer y los términos en que se ejercerá el derecho a la elección de especialistas.

El decreto establece, además, la organización de servicios para satisfacer las prestaciones anteriores, y en relación con los centros de atención a la mujer, determina que agruparán los recursos de personal y las dotaciones técnicas necesarias en razón de las prestaciones que desarrollen, de las necesidades poblacionales, de la demanda contrastada y de los programas que se asignen a cada centro.

Después de estos dos años de entrada en vigor de la citada ordenación, a este grupo le gustaría conocer la opinión del Consejero acerca del funcionamiento actual y de las previsiones futuras sobre los centros de atención a la mujer, y que a lo largo de su intervención respondiera a una serie de interrogantes e inquietudes que este grupo tiene al respecto, interrogantes e inquietudes que también existen en algunos municipios tanto por parte de

usuarios o usuarias, responsables municipales, así como por parte de trabajadores y trabajadoras.

Concretamente nos gustaría, si es posible, que respondiera, entre otras cuestiones que estime procedente, a lo siguiente. ¿Qué grado de implantación tienen los diferentes programas, concretamente los programas dirigidos a jóvenes y a grupos de riesgo que he mencionado anteriormente? ¿Cómo están en este momento las listas de espera? ¿Es cierto que en algunos centros o en algunas localidades la lista de espera en algún programa, concretamente en el programa de prevención, es de más de año y medio? ¿Cuántos hombres acuden a los centros de atención a la mujer? ¿Cuál es la asistencia de jóvenes, ha aumentado o ha disminuido respecto a la organización anterior? ¿Qué posibilidades reales hay sobre la libre elección de ginecólogo que tanto se alabó en su día y particularmente dónde puede hacerse realmente esa libre elección? ¿Cuántos centros de atención a la mujer quedan por implantarse y cuándo se tiene previsto implantarlos? Por último, ¿qué previsiones tiene el departamento acerca de la provisión definitiva de las plazas allí donde haya que hacerla? Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias a usted, señor Andión. Señor Consejero, tiene la palabra.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): Muchas gracias, señor Presidente. Señoras, señores Parlamentarios, señor Andión, buenas tardes. Intentaré dar respuesta a lo que concita esta comparecencia, tanto en sus términos genéricos que se registraron ante la Cámara como también en lo que ha comentado el portavoz socialista, que fue el proponente de mi presencia en estos momentos en esta Comisión.

Quisiera indicarles que estimo, y creo que lo van a poder ver a lo largo de las palabras que les voy a dirigir, que a pesar de que, efectivamente, esta comparecencia se solicitó hace más de cuatro meses, este asunto no ha dejado de tener actualidad y que habrá muchas cosas que sean de una utilidad concreta para todos ustedes en su labor parlamentaria. Quisiera, por tanto, para comenzar, agradecerles esta comparecencia y decirles que, además, es muy grato que se pueda producir precisamente en este tema, que ha sido uno de los que posiblemente más trabajo ha supuesto para el Servicio Navarro de Salud en cuanto al modelo de reorganización y de reforma de nuestras estructuras sanitarias, y que, además, esta solicitud de comparecencia contrasta precisamente con lo que fue, entiendo, en el anterior mandato parlamentario y del Gobierno de Navarra una ausencia de apoyo, incluso diría que de interés político de la propia Comisión de Sanidad para una labor tan fundamental como les comentaba y ahora iremos

viendo a lo largo de la exposición de reforma de la sanidad navarra.

Por tanto, agradezco esta posibilidad que me brindan y les reitero el hecho de que cuando desde el Departamento de Salud y desde lo que represento como su titular se acude a este tipo de foros parlamentarios, no se pretende de ninguna forma dar exclusivamente una noción unilateral de lo que son las realidades sanitarias, sino que, por el contrario, aprecio muchísimo la capacidad que tenga la Comisión de aportar la visión de todos los grupos parlamentarios a la hora de orientar nuestro trabajo venidero.

Como decía el portavoz del grupo socialista, proponente de esta comparecencia, el planteamiento de creación de los centros de atención a la mujer arranca en la pasada legislatura, concretamente el día 22 de septiembre, cuando el Gobierno aprueba un decreto por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y en planificación familiar. Prácticamente se cumplía un año desde mi incorporación al Departamento de Salud, y pudimos culminar con la aprobación por parte del Gobierno de esta importante normativa sobre ordenación de las prestaciones en estas materias tan sensibles para la propia sociedad y concretamente para las mujeres de Navarra.

Efectivamente, como decía el señor Andión, en aquel decreto se determinaban las prestaciones de financiación pública que se ofertaban a la población residente en Navarra en las áreas concretas de obstetricia y ginecología, de planificación familiar y de educación sexual, y se establecían, además, prestaciones complementarias a las que con carácter básico se encuentran establecidas para todo el conjunto nacional. Además, no sólo se hacía un catálogo de las prestaciones, sino que fundamentalmente se hacía una apuesta y un planteamiento de concreción de esas prestaciones en unos términos mucho más accesibles y de mucha mayor calidad para la mujer navarra.

En aquella normativa se planteaba cómo se debería garantizar un adecuado y personalizado trato a la mujer en el sistema de atención en las patologías que le sean propias. Además, se planteaban cuestiones fundamentales como el hecho de que la propia mujer debería participar como protagonista en su propio parto, así como el derecho reconocido en esa norma al acompañamiento por una persona de su confianza durante el parto; la garantía del consentimiento informado de la mujer en los procesos clínicos y en las intervenciones no estrictamente necesarias desde un punto de vista asistencial y que puedan obviarse, en su caso, sin perjuicio para la salud de la madre o del propio niño; la información sobre el parto, con técnicas de analgoanestesia o anestesia epidural para una elección responsable del mismo; el reconocimiento

de las condiciones sobre la prestación de la educación sexual individual y grupal, las cuales también se orientaban hacia esos caracteres y hacia esas alternativas basadas en la personalización, la humanización y la corresponsabilización de la mujer en su propia salud.

Se especificaban también en aquel decreto las prestaciones que deberían ser objeto de programas, como es el caso de la detección de grupos de riesgo y el diagnóstico precoz del cáncer de mama y de cuello de útero y la propia prestación relativa a la atención al climaterio fisiológico, que no estaba incluido, por cierto, en el decreto de referencia en el ámbito nacional.

Se articulaba también, como consecuencia de todo esto, un modelo organizativo que el Gobierno de Navarra pretendía integrar a la variedad de recursos existentes en aquel momento, que proporcionara a la población una oferta única, pero al mismo tiempo una oferta coordinada y organizada por niveles crecientes de complejidad y que en el fondo respondiera globalmente a las necesidades sanitarias de la mujer, proporcionando una atención integrada y continuada que se acercara a la población mediante la creación de unos centros descentralizados, los centros de atención a la mujer, que precisamente trabajaran con esos parámetros de atención más personalizada y más accesible.

Este decreto foral de puesta en funcionamiento de los centros de atención a la mujer y todo el planteamiento que tenía la ordenación de estas prestaciones dos o tres meses después se vio complementado por una orden foral por la que se dictaban las normas correspondientes al desarrollo de ese decreto. A través de esa orden foral se establecía la ordenación de las prestaciones en estas materias y la asignación de los correspondientes profesionales a los centros de atención a la mujer y los mecanismos de selección de los mismos.

Finalmente, como conocen tanto ustedes como sus antecesores en las labores parlamentarias de esta Comisión, puesto que éste fue un tema que trajo bastante trabajo a esta Comisión y, desde luego, en algunas ocasiones con la correspondiente polémica, polémica que, a mi modo de ver, al cabo del tiempo se demostró que era absolutamente estéril, el 19 de abril de 1999 se estableció otro decreto foral por el cual se regulaba la adscripción de los centros de orientación familiar y educación sexual dependientes del Servicio Navarro de Salud a la ordenación de las prestaciones en tocoginecología y planificación familiar que se establecían en el anterior decreto. Esos centros, bien conocidos por todos ustedes, popularmente denominados Cofes, pasaban a prestar también labores de centros de atención a la mujer y se adscribían a los centros inicialmente planificados en el primer decreto de

centros de atención a la mujer en la Chantrea y en Iturrama.

Después de este repaso normativo, quisiera poder facilitarles cuáles son en estos momentos los principales indicadores de actividad de estos centros de atención a la mujer, habida cuenta de que ya tenemos la posibilidad de evaluar casi dos años de desarrollo asistencial desde que esos decretos vieron el Boletín Oficial de Navarra.

Como datos concretos les refiero el hecho de que las consultas que se han desarrollado en los centros de atención a la mujer han tenido una evolución creciente a lo largo de estos dos últimos años, de forma y manera que si en el año 1997 se registraban en el conjunto de la red 58.126 consultas, dándose la circunstancia de que en ese año, evidentemente, no existían centros de atención a la mujer, se pasó a una actividad global de 67.775 consultas en el año 1998, en el que ya prácticamente una tercera parte de estas consultas se desarrollaba en los centros de atención a la mujer, teniendo en cuenta además el hecho de que durante ese año 1998 se empezaron a poner en práctica, no estaban todos dispuestos asistencialmente desde el 1 de enero y, por tanto, ésta fue una incorporación progresiva. Como digo, de esas más de 67.000 consultas, prácticamente una tercera parte era ya a cargo de los centros de atención a la mujer. Y finalmente en el año que hemos cerrado, el año 1999, nos encontramos con que de nuevo se ha registrado un incremento bastante considerable del número de consultas, hasta las 71.478, y la mayor parte de las mismas se desarrollan estrictamente por los centros de atención a la mujer. Por tanto, hay más de 50.000 consultas que se han desarrollado durante el año pasado en los centros de atención a la mujer, frente a las 21.000 consultas que todavía se desarrollan en el ámbito estrictamente hospitalario.

Quiero referirles también cuál es en el corte realizado durante el año 1999 la actividad de los distintos centros, entendiéndolo una cosa fundamental que va a ser también constante de aquí en adelante en la exposición que les voy a referir, y es el hecho de que nos estamos centrando específicamente en aquellos lugares en los cuales la incorporación de los centros de atención a la mujer ha supuesto un cambio fundamental en lo que es la organización de los recursos asistenciales. Por tanto, las áreas de Tudela y de Estella, que trabajan funcionalmente como áreas sanitarias y, por tanto, ya estaban incorporando de alguna manera un tipo de organización que luego hemos querido parangonar en el resto de Navarra, no son en estos momentos objeto de estudio de esta tabla, puesto que, como les digo, las significaciones que dan esas cifras no son relativamente necesarias en estos momentos puesto que se ha pasado simplemente a integrar funcionalmente lo que son los

Cofes en Tudela y en Estella, pero el funcionamiento como área sanitaria prácticamente no se ha modificado a estos efectos. Sí que se ha modificado, como verán a continuación, en lo que supuso la reasignación de los profesionales y de los recursos asistenciales desde lo que era un modelo hospitalocéntrico que existía en Pamplona, el Hospital Virgen del Camino, a lo que es la generación y la puesta en funcionamiento de estos centros de atención a la mujer.

En la tabla que se les presenta pueden ver que todos los centros de atención a la mujer que en estos momentos ya están funcionando registran una actividad notable. Es significativo el hecho de que el centro de Iturrama-San Juan, dado que se ha incorporado muy tardíamente, dentro del año 1999, por la incorporación del Cofes de Iturrama, realmente registra una actividad escasa por ese efecto de periodicidad de su actividad, pero, sobre todo, es de reseñar el hecho de que en todos los centros de atención a la mujer el número de consultas que se realizan por revisiones –luego veremos de una forma muy importante el matiz que tiene este concepto– es superior en todo caso a lo que son las primeras consultas, a lo que es la llegada de una mujer que pueda presentar una determinada patología o una sintomatología que pueda requerir esa asistencia en el centro de atención a la mujer, pero, además de todo esto, destaca fundamentalmente también el hecho de que la relación entre primeras consultas y consultas sucesivas realmente es una relación bastante considerable dentro de los ratios que ahí se les ofrece.

Posteriormente haré un comentario muchísimo más estricto, y va a ser, además, algo que merezca un capítulo aparte de esta comparencia, sobre ese concepto de revisión que era aludido anteriormente por el portavoz socialista y que creo que tiene que tener una contextualización sanitaria realmente importante para todos ustedes.

Sobre las listas de espera en consultas, dado que aquí les estoy presentando inicialmente lo que es la actividad en consultas, les diré que en estos momentos la componen aproximadamente 9.000 mujeres. Pero esto no se puede considerar desde el punto de vista sanitario como que 9.000 presuntas enfermas o 9.000 mujeres que presuntamente puedan tener una patología están esperando ser asistidas o ser vistas por un facultativo, sino que, por el contrario, se trata en este caso, y luego lo explicaré con mayor concreción, de usuarias que no se pueden considerar pacientes, que no se pueden considerar mujeres que tengan siquiera algún tipo de sintomatología de orden ginecológico, que han solicitado motu proprio una revisión ginecológica, las cuales, como les decía, no presentan ningún tipo de patología, ningún tipo de síndrome, ningún tipo de síntoma, ningún tipo de signo de presunta

enfermedad, y a las que cierto es que se les ha estado realizando hasta hace poco esa llamada revisión anual que luego veremos el alcance sanitario que realmente tiene.

Algo muy patente que se está registrando desde que se han puesto en marcha los centros de atención a la mujer es el hecho de que se está generando una sobredemanda, hasta tal punto que, en mi opinión, si no solucionamos este problema, además con la caracterización que luego haré más extensamente, posiblemente acabe fracasando toda nuestra organización si no somos capaces de concretar estrictamente lo que es el campo asistencial de los centros de atención a la mujer al servicio de la salud de la mujer.

En cuanto a la actividad quirúrgica, quiero decirles, y sigo refiriéndome estrictamente a lo que ha sido, dijéramos, la aportación de los centros de atención a la mujer, con la salvedad antedicha de lo que ocurre en las áreas sanitarias de Tudela y de Estella, que las intervenciones programadas con anestesia general han sido 602 con requerimiento de ingreso y 9 sin ingreso, y las intervenciones programadas con anestesia local han sido 36, que han requerido ingreso, y 2 más que no han requerido ingreso. Por tanto, el total de intervenciones quirúrgicas registradas durante el año 1999 es de 649.

En este caso, en la lista de espera quirúrgica, puedo indicarles que la lista de espera de intervenciones programadas es en estos momentos, o, mejor dicho, era cuando se hizo el recuento final del año 1999 de 171 pacientes y la espera media era de 44 días. En el año 1999 la sección de atención a la mujer en el Hospital Virgen del Camino ha tenido 208 sesiones quirúrgicas, es decir, 208 días se ha realizado actividad quirúrgica, con un porcentaje medio de utilización del tiempo quirúrgico sobre las siete horas en las que habitualmente se programa esta actividad del 80 por ciento y con un promedio de más de tres intervenciones por cada una de estas 208 sesiones quirúrgicas. Por tanto, este Consejero entiende que también en el ámbito quirúrgico el plan sigue de acuerdo con lo previsto en la actividad programada quirúrgica, aunque se ha producido un incremento notable de esta actividad que se correlaciona también, evidentemente, con ese mayor trabajo de consultas que han desarrollado los centros de atención a la mujer, porque, como bien saben ustedes, estas dos variables son absolutamente correlativas.

En cuanto a algunas apreciaciones que puedo hacerles sobre cómo se está comportando cuantitativamente el sistema, tanto en cuanto a intervenciones quirúrgicas como sobre todo a consultas, les quiero decir que en estos momentos se ha producido felizmente lo que era algo que originó la actitud de decretar o de innovar la normativa respecto a la atención a la mujer, y es precisamente que se ha

conseguido romper o matizar mucho, como corresponde en una estructura moderna, ese antiguo referente hospitalo-centrista donde, evidentemente, cualquier tipo de patología tenía que tener inmediatamente el referente de un hospital terciario, lo cual, evidentemente, no es aceptable ni es de recibo en una estructura sanitaria moderna, y se ha conseguido de una forma muy positiva el hecho de que la actividad general se derive desde ese ámbito hospitalario precisamente al de los centros de atención a la mujer, que, como les decía anteriormente, es uno de los propósitos principales de toda esta reorganización y reestructuración sanitaria.

Se ha registrado también ese importante aumento de la actividad, ese aumento que se registra por encima del 30 por ciento en una consideración bianual en cuanto a consultas y en una cantidad paralela en cuanto a actividad quirúrgica, pero tienen también que conocer que, evidentemente, esto se produce con unos costes añadidos sobre lo que era el presupuesto inicial durante el año 1999 de cerca de 130 millones de pesetas adicionales a lo que eran los recursos inicialmente destinados al área ginecológica y obstétrica y de planificación familiar.

Quisiera hacerles a continuación unas valoraciones que se refieren al funcionamiento, pero no desde una perspectiva estrictamente cuantitativa sino de orden cualitativo. ¿Qué hemos conseguido con la aplicación de estos decretos?, ¿qué nos queda por conseguir o qué tenemos que seguir propiciando en nuestro trabajo sucesivo? En primer lugar, creo que se ha conseguido identificar una estructura de atención a la mujer que presenta una mayor personalización de la asistencia. Éste es uno de los objetivos de calidad que pretendía el decreto y creo que es algo que se está logrando en la práctica cotidiana.

Se ha mejorado, por tanto, y como consecuencia de lo anterior, la satisfacción de las pacientes. Se ha mejorado también la humanización de la atención sanitaria. Se produce una mayor vinculación entre el conjunto de profesionales del sistema y las demandas de la propia mujer y, por tanto, se logra también de forma refleja una mayor responsabilidad de la mujer en su propia salud. Se ha conseguido también un grado importante de mayor implicación de los profesionales en este planteamiento y en este sistema, una mejora en la relación médico paciente, una disminución de la lista de espera quirúrgica y se ha incorporado también, y luego lo concretaré de una forma más extensa, la posibilidad de elegir ginecólogo dentro de los centros de atención a la mujer.

Se ha conseguido también, esto es algo absolutamente obvio, unificar en un solo centro y en un solo grupo de profesionales la atención obstétrica, ginecológica, de planificación familiar y de educa-

ción sexual, y también se ha conseguido el hecho de que el propio médico se vincule a su paciente cuando tenga que propiciar algún tipo de tratamiento o de seguimiento del embarazo, de forma y manera que el propio médico sea quien pueda operar a la paciente, pasar planta en el hospital e incluso dar el alta. Éste es un dato bastante significativo respecto de lo que era la situación precedente: en ese modelo hospitalo-céntrico que les decía se podía producir el caso de que una determinada mujer de cada diez veces que acudiera a ese servicio en el Hospital Virgen del Camino fuera vista por nueve médicos distintos y que incluso, si requiriera ingreso, pudiera ser hospitalizada por un médico, seguida en su tratamiento por otro y al final el alta se la podía llegar a otorgar incluso un tercer médico. Evidentemente, todos ustedes ven que esto no es calidad sanitaria, y lo que hemos conseguido es este nuevo ámbito de relación médico-paciente-sistema sanitario-organización-estructuración sanitaria, que creo que ha producido estos efectos que cuantitativa y cualitativamente considero positivos.

Pero, evidentemente, también tenemos que saber detectar nuestros puntos débiles, las cuestiones en las cuales tenemos que incidir más en el futuro. En primer lugar, efectivamente se ha producido, y eso lo detecta el sistema estadístico, un incremento de lo que podríamos denominar lista de espera de consultas, que no en vano está entrecollado en el documento que les entrego, porque precisamente se desarrolla a expensas de las revisiones no patológicas que luego concretaré de una forma más explícita.

Se ha producido también un concreto problema de accesibilidad, puesto que al tener que priorizar las consultas que presentan patología, como evidentemente con buen criterio clínico se hace, se demoran lo que son las revisiones a demanda, lo que está originando habituales reclamaciones, de las cuales el portavoz socialista se hacía eco en su intervención inicial.

También se está produciendo un funcionamiento en estos momentos todavía desigual de los distintos centros de atención a la mujer que el Servicio Navarro de Salud pretende resolver con procesos de protocolización y de establecimiento de unos criterios comunes de manejo clínico y organizativo de los casos.

También se ha establecido un principio según el cual, al estar los centros separados físicamente del hospital, no como en el modelo anterior, pues es más difícil su correcta coordinación. Pero que sea más difícil su correcta coordinación no quiere decir que sea algo que no se deba lograr. Además, se necesita específicamente mejorar la coordinación entre los centros de atención a la mujer con el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital

Virgen del Camino. Ciertamente, esto es algo con lo que ya contábamos, estamos cambiando un modelo y, por tanto, dentro de este cambio de modelo tenemos que tratar de acomodar y de coordinar todas estas nuevas situaciones a las que nos enfrentamos.

También, creo que debemos mejorar mucho en la necesidad de especializar y terciarizar el propio servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Virgen del Camino como centro de referencia de toda la red navarra y a lo que luego me referiré de una forma más explícita.

Por último, yo diría que también nos enfrentamos con una lucha permanente, pues en muchas ocasiones hay que saber argumentar con toda la paciencia del mundo que existe todavía una cierta permanencia cultural e inercial de ese modelo de atención hospitalaria que ha tenido presencia en la organización sanitaria de Navarra durante muchos años. Realmente, en este planteamiento nuevo de los centros de atención a la mujer hay que saber vencer y hay que saber sobre todo convencer de que ese modelo ya no es válido. Ciertamente, se han producido casos y hay mujeres que refieren algún tipo de adherencia o de afinidad hacia el determinado servicio del anterior modelo hospitalario, y realmente hay que tratar de transmitir que ahora la organización ha cambiado y que precisamente se pretende que esa organización esté al servicio de la mujer y no la mujer al servicio de la organización.

Para ello, las acciones emprendidas son, fundamentalmente, las que les enumero a continuación. En primer lugar, aun entendiendo que no es una solución al problema al que antes me refería de las revisiones no patológicas, lo cierto es que se ha necesitado reforzar esta actividad en tanto en cuanto no se tomen otro tipo de medidas que luego avanzaré ante todos ustedes, y esto se ha hecho contratando un nuevo ginecólogo sobre los que estaban inicialmente planteados en la plantilla del propio decreto, precisamente para sacar la lista de espera de estas revisiones no patológicas pero que realmente estaban poniendo en un compromiso el resto de actividad de consulta externa de la red.

En segundo lugar, se ha recomendado a los ginecólogos de los centros de atención a la mujer que las revisiones normales se citen con una mayor periodicidad en tanto el Departamento de Salud establezca un programa de prevención del cáncer de cuello de útero, al que me referiré en la última parte de esta exposición.

En tercer lugar, se ha puesto ya en marcha la sección de oncología ginecológica, que forma parte de ese planteamiento de terciarización que estaba también impreso en lo que era la intención del

decreto original y que va a tener también sucesivas aproximaciones en otros ámbitos de terciarización.

En cuarto lugar, se ha producido ya el nombramiento de los coordinadores de los centros de atención a la mujer, sobre los cuales gravita esa importante función de poner a disposición de los usuarios y usuarias de los centros de atención a la mujer los recursos hospitalarios que requieran en un momento determinado.

En quinto lugar, se han desarrollado protocolos asistenciales y se han establecido líneas de acción tendientes a unificar estos criterios técnicos y mejorar la coordinación, aunque, como les decía antes, ésta es una labor que debe continuar de una forma importante en los próximos tiempos.

En sexto lugar, se han puesto en marcha determinados programas específicos educativos para atender demandas relacionadas con el climaterio fisiológico. Los centros de atención a la mujer, como saben, no se planteaban estrictamente desde el punto de vista asistencial, sino también desde el punto de vista preventivo y de educación para la salud, y el ámbito relacionado con la menopausia o el climaterio fisiológico es precisamente uno de los que tradicionalmente más demanda de educación venía presentando y, por tanto, tenemos que dar prioritaria respuesta.

Por último, se han establecido protocolos de derivación desde los centros de atención a la mujer al Hospital Virgen del Camino, como antes les comentaba, y se están desarrollando de forma habitual reuniones periódicas de los coordinadores de los centros de atención a la mujer con los correspondientes responsables de los equipos de atención primaria para también definir bien los criterios según los cuales los profesionales de la atención primaria derivan a las pacientes a los centros de atención a la mujer.

Hay una serie de acciones en curso que referiré de una forma más detallada en algún caso, pero que quiero indicarles de forma sumaria en la documentación que les entrego. En primer lugar, la puesta en marcha de una unidad de reproducción humana. A continuación trazaré el alcance que esta unidad tiene y la importancia evidente que también tiene dentro de nuestro trabajo asistencial. En segundo lugar, también está en curso una función fundamental de mejora de la coordinación con los equipos de atención primaria, mejorando los contactos entre los coordinadores de los centros de atención a la mujer que han sido nombrados y los propios responsables de los equipos de atención primaria en todas las zonas básicas.

También se han puesto en marcha protocolos de derivación que conocen los equipos de atención primaria y que establecen las pautas y las circunstancias de manejo clínico de las pacientes que

requieren una derivación a los centros de atención a la mujer, que, por cierto, en algunos casos están en el propio edificio donde se desarrolla la labor del equipo de atención primaria.

También estimamos que debemos priorizar en los próximos tiempos la mejora de la comunicación de los centros de atención a la mujer con esos propios médicos de atención primaria. Los centros de atención a la mujer son unos recursos nuevos que, por tanto, necesitan ser conocidos y necesitan ser conocidos específicamente por los médicos de atención primaria. Y también un trabajo de mejora de la comunicación y la coordinación con el propio servicio de ginecología y obstetricia.

También hay una serie de funciones organizativas que tienen que ver en muchas ocasiones con las propias plantillas que están soportando esta actividad y que han supuesto, por ejemplo, la incorporación de un cuarto ginecólogo en el centro de atención a la mujer de Iturrama-San Juan, puesto que actualmente ha asumido únicamente a las pacientes del centro de salud de Iturrama y está pendiente de incorporar a las de las áreas de San Juan, Orcoyen y Berriozar, con las matizaciones que luego les indicaré.

Y una actitud ya planificadora que tienen el Departamento de Salud y el Servicio Navarro de Salud es posibilitar, y esto es más que una posibilidad, esto es algo que creo que les puedo anunciar ya de una forma oficial, la separación en dos de los centros de atención a la mujer a la población de Iturrama, San Juan, Orcoyen y Berriozar, por una parte, y, por otra parte, a la de Chantrea, Rochapea y San Jorge. ¿Por qué esta decisión? Esta decisión se fundamenta, evidentemente, en la propia necesidad asistencial. Es una decisión que trata, sobre todo, de adecuar los recursos a lo que son unas poblaciones importantes. La población, por ejemplo, de San Juan es la mayor de las zonas básicas sanitarias de Navarra, la de Iturrama está muy alejada de ser una de las principales, y, por ejemplo, las zonas de Chantrea, Rochapea, San Jorge y Ansoáin son unas zonas de enorme proyección en cuanto al número de futuros habitantes y, por tanto, se está planteando el desdoblamiento de esos centros de atención a la mujer y para ello se están valorando incluso alternativas de orden infraestructural como la gestión de los propios locales.

De hecho, por ejemplo, en el caso del centro de atención a la mujer que se vaya a situar en la zona de San Juan, se pretende por parte del departamento y del Servicio Navarro de Salud aprovechar los locales del actual centro de salud de San Juan. Como saben ustedes, a finales de este año se va a inaugurar un nuevo centro de salud y el local que quedará libre se ocupará también para actividades de atención a la mujer, y lo mismo ocurrirá en lo

que es la prolongación hacia el oeste de lo que es en estos momentos la zona de la Chantrea y toda la proyección que tiene Rochapea, San Jorge y Ansoáin.

Se va a asumir funcionalmente el último de los centros de atención a la mujer de los previstos en aquel decreto que quedaba por ser incorporado desde el punto de vista funcional, que es el de la Chantrea. Está previsto para junio del año 2000, una vez que finalicen las obras que se están desarrollando en el centro de Andraize, que posiblemente será en el mes de abril, y posteriormente, cuando se incorpore el correspondiente equipamiento, se podrá asumir a todos los efectos funcionalmente el que es el último centro de atención a la mujer de los previstos en aquel decreto.

Además, estamos trabajando en una cuestión fundamental, que es la adecuación de los sistemas de información para mejorar nuestra gestión de pacientes y los recursos de los propios centros. Y también se está trabajando en el decreto o normativa que corresponda, porque no está claro que tenga que ser un decreto, de ordenación del sistema de libre elección del ginecólogo.

La libertad de elección, y era una pregunta específica del portavoz del grupo que ha solicitado la comparecencia, es algo que es ya una realidad, es algo que ya está previsto en el decreto y que siempre se desarrolla a demanda. Es una libre elección ya operativa, pero, evidentemente, ha tenido que ser tanto operativa como progresiva, en la medida en la que se iban incorporando los centros de atención a la mujer. Evidentemente, la libre elección se desarrolla dentro del área sanitaria y cuando se operativiza se refiere a la posibilidad de elegir a aquellos ginecólogos que están trabajando en centros de atención a la mujer, por tanto, en la medida en la que hemos hecho una implantación progresiva de estos centros es en la misma medida en la que se operativiza esta libertad de elección. Hay que recordar también, aunque es obvio, el hecho de que los facultativos del hospital, por el hecho de ser éste un centro terciario, no están en libertad de elección, sino que, por el contrario, son de referencia para todos los centros de atención a la mujer.

Por tanto, esta libertad de elección que estaba ya establecida en el decreto inicial, cuando se asuma funcionalmente el último centro de atención a la mujer, que es el de la Chantrea y que será antes del verano, se podrá regular de una forma más exhaustiva a través de una normativa que establezca más que el derecho, que ya está establecido, el mecanismo de ese sistema de libre elección del ginecólogo.

Se plantea, como está a su vez previsto en ese decreto, el hecho de que las mujeres puedan ejercer

ese derecho de elección entre los especialistas de los centros de atención a la mujer de toda el área de salud de su lugar de residencia. Esto es algo que no solamente estaba previsto en el título genérico de la norma, sino que es una realidad. El servicio de organización de la dirección de atención primaria del Servicio Navarro de Salud, previa consulta y conformidad del especialista en obstetricia y ginecología, adscribirá formalmente a la interesada al especialista elegido. Solamente cuando existan razones motivadas que justifiquen una mutua pérdida de confianza se procederá al cambio de especialista en los mímos términos que para la asignación inicial. Además, se reconocerá, también desde el punto de vista de la gestión administrativa, que el acceso al centro podrá efectuarse directamente a requerimiento de la persona interesada en las áreas concretas de obstetricia, planificación familiar y educación sexual previstas por el decreto.

De hecho, el propio decreto establece de forma taxativa esta posibilidad y establece claramente, y ahí lo entrecorillo en el documento, que el acceso al centro podrá efectuarse directamente a requerimiento de la persona interesada en las áreas de obstetricia, planificación familiar y educación sexual. Por tanto, en esta normativa que se emitirá durante este año no se plantea que tenga que solicitarse un volante al médico de cabecera para asignar el correspondiente profesional, y se puede solicitar asistencia en estas áreas cuando se desee, por ser, como estableció el decreto, de acceso directo.

Al mismo tiempo quiero informarles de que estamos estudiando la posibilidad –yo creo que más que una posibilidad es una necesidad– de que en esa misma norma que desarrolle las circunstancias administrativas de la gestión de la libertad de elección podamos establecer algunas bases para propiciar un sistema de capitación, de retribución capitativa de los ginecólogos de los centros, puesto que, como todos ustedes comprenderán perfectamente, el sistema tiene que tener instrumentos y la capacidad normativa de aportar un mayor incentivo y, por tanto, una mayor retribución a aquellos profesionales que, precisamente por ser mejores profesionales, tengan una mayor adherencia por parte de las propias pacientes. Por tanto, se establecerá algún tipo de modelo que nos permita acercarnos hacia un determinado sistema de capitación que precisamente sirva como incentivo para el trabajo bien hecho.

Quisiera pasar a la segunda parte de esta comparecencia y anunciarles lo que entiende el departamento y el Servicio Navarro de Salud que deben ser los desarrollos más inmediatos de lo que continúa siendo la implementación del decreto y de la normativa aplicable en estas materias.

Como les anunciaba anteriormente, se van a realizar actuaciones sobre las unidades. En primer lugar, la inauguración y puesta en funcionamiento del centro de atención a la mujer a cargo del antiguo centro Cofes Andraize, cuyas obras finalizarán en el mes de abril y pocos meses después funcionará plenamente. También, el planteamiento que les traslado, ya a título de decisión, del desdoblamiento del centro de la Chantrea-Rochapea-Ansoáin, por una parte, y de Iturrama-San Juan, por otra, como les comentaba anteriormente, para prever ese desarrollo poblacional y la mejor atención poblacional de este tipo de recursos sanitarios. También, como les anticipaba anteriormente, desde el punto de vista normativo, el plan quedaría culminado con esa normativa que regularía el sistema de libre elección a efectos administrativos, no a efectos de derechos o posibilidades de los ciudadanos y de las ciudadanas, sino simplemente a título de desarrollo administrativo de este sistema de libre elección. No quiero avanzarles si ésta tiene que ser una normativa a título de decreto foral, de orden foral o de resolución del gerente del Servicio Navarro de Salud. Eso es algo que definirán, evidentemente, los letrados, de acuerdo con el alcance que queramos dar a esa misma normativa.

Pero con ser importante todo lo que les estoy contando sobre lo que es el desarrollo de los centros de atención a la mujer, no quisiera que perdiéramos de vista algo que también es muy importante y que estaba absolutamente planteado en términos de igualdad a lo anterior en el propio decreto de puesta en funcionamiento de este nuevo modelo asistencial, y es la exigencia que ese decreto planteaba de proceder y de propiciar a una efectiva y real terciarización del actual servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Virgen del Camino.

Anteriormente les comentaba cómo se pretendía reformar un modelo hospitalo-centrista, que era un modelo notablemente defectuoso en términos de calidad y de asistencia, pero, no obstante, tenía recursos suficientes como para producir, por una parte, la posibilidad de generar estos centros de atención a la mujer y, por otra parte, de propiciar una auténtica terciarización, una auténtica especialización, como corresponde a un servicio hospitalario. Y precisamente aquel decreto estableció esas bases para la terciarización, bases por las cuales ya se ha transitado, ya se han hecho cosas, aunque todavía quedan por hacer algunas, y gustosamente quisiera darles cuenta también de ello en esta comparecencia, aunque entiendo que, efectivamente, no tiene que ver estrictamente con los centros de atención a la mujer, pero es la parte refleja, la parte correspondiente a lo que es el ámbito hospitalario, que también tiene una influencia esencial en lo que es la asistencia a la mujer a través de los centros de atención a la mujer.

Se ha creado el año pasado la sección de oncología ginecológica. Esta sección se ha constituido como referente para todos los centros de atención a la mujer de Navarra, no solamente del área de Pamplona y su comarca y la zona de referencia del área sanitaria de Pamplona, sino también para el resto de hospitales de la red.

Asimismo, se ha puesto en funcionamiento la base necesaria para crear una sección de reproducción asistida. Tengo que decirles que cuando llegamos al Departamento de Salud y al Servicio Navarro de Salud no existía en aquel momento ningún tipo de protocolo ni de actividad concreta para dar solución al problema de la infertilidad de la pareja. Anteriormente las parejas diagnosticadas como susceptibles de acceder a algún tipo de asistencia hacia la reproducción por causa biológica se habían acumulado en cuanto a lista de espera y realmente no había una capacidad de darles una alternativa válida. De hecho, desde el Servicio Navarro de Salud este tipo de casos habitualmente se remitían al Hospital de Cruces, en Baracaldo, dependiente del Servicio Vasco de Salud. Pero ciertamente, como aquel hospital vio que se le estaba acumulando una lista de espera no solamente a cargo de los propios ciudadanos de la Comunidad Autónoma Vasca, sino también en esa función de centro de referencia para amplias zonas del norte de España, tomaron la decisión, que trasladaron al Servicio Navarro de Salud, de no aceptar más pacientes derivados desde el Servicio Navarro de Salud. Por tanto, hace tres años existía un grupo notable de parejas apuntadas que componían una lista de espera, pero a las cuales no se les daba en aquel entonces una salida en cuanto al acceso a determinadas técnicas de reproducción asistida. Había, por tanto, una lista de espera y, sin embargo, no había recursos disponibles, no había capacidad de gestionar estos recursos, ni siquiera de concertarlos para poder darles una solución.

También es cierto, y no se lo niego, que hay quien duda de si realmente el tema de la fertilidad tiene que ser incorporado al resto de las prestaciones sanitarias o no, pero creo que ésta no es una discusión que en estos momentos nos tenga que entretener demasiado. Lo cierto y verdad es que había una demanda y era una demanda en esos momentos insatisfecha.

El número de parejas que se han ido apuntando en esta lista de espera ha ido prácticamente duplicándose en los dos últimos años. Quiero decirles que esta lista de espera la componen no sólo las parejas, mejor dicho, no tanto las parejas que tienen un problema de infertilidad, que tienen una dificultad biológica para la procreación, sino que esta lista de espera está compuesta por parejas que ya tenían un diagnóstico y, por tanto, se sabía la

causa de esa infertilidad y esa causa era clínicamente abordable.

Mientras esto ocurría en Navarra, mientras se producía ese fenómeno según el cual había una lista de espera pero no había una posibilidad de ofrecer un recurso, tres ginecólogos del Hospital Virgen del Camino montaron una consulta privada en la que ya desarrollan esas técnicas de reproducción en Navarra, pero realmente, debido la normativa, que es de aplicación, no es un recurso, no es una clínica con la que podamos concertar desde el Servicio Navarro de Salud, porque, como todos ustedes saben, en la legislación vigente está explícitamente prohibido concertar recursos asistenciales sanitarios que estén siendo participados por profesionales que ya tengan una vinculación laboral con el propio Servicio Navarro de Salud. Ésta también es una consulta que de vez en cuando se nos remite, ¿por qué si en Pamplona hay una clínica de estas características no se puede concertar? Porque legalmente, y yo digo que no sólo legalmente sino muy lógicamente, no se puede concertar un recurso de estas características que esté participado por profesionales que tienen una relación laboral con el propio Servicio Navarro de Salud.

Sin embargo, hubo que reaccionar, y lo hicimos de forma y manera que después de articular esa sección de cáncer ginecológico a la que antes hacía referencia, se articuló también durante el año 1999, y se hará en lo sucesivo a lo largo de este año 2000, la sección de reproducción humana, en el proceso de terciarización del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Virgen del Camino. El planteamiento que tenemos es incorporar progresivamente las técnicas de reproducción que tiene en estos momentos concertadas el Servicio Navarro de Salud con la clínica Quirón, de San Sebastián. Esto era algo que antes tampoco se realizaba, y desde hace dos años ya se realiza. Concertamos este tipo de técnicas con una clínica de referencia creo que adecuada y que ofrece un servicio adecuado a lo que se paga por ese servicio y adecuado a lo que se ha concertado, la clínica Quirón de San Sebastián. No obstante, es intención del Servicio Navarro de Salud, en ese proceso de terciarización, progresar en lo que es el planteamiento de técnicas de reproducción dentro del Hospital Virgen del Camino.

¿De qué técnicas estamos hablando? Estamos hablando fundamentalmente de la fecundación artificial, mejor dicho, de la inseminación artificial, no así de la fertilización in vitro, que requiere unas técnicas específicas que creo que en estos momentos no son abordables para el Servicio Navarro de Salud y tampoco de técnicas de última generación, como la microinyección espermática, que son técnicas muchísimo más complejas y en donde sí se requiere un número mayor de parejas

del que nosotros en estos momentos disponemos en esa lista de espera.

Por tanto, estamos en disposición de continuar con la creación de esta sección de reproducción humana, que pretende dar respuesta a lo que es una realidad de demanda asistencial y que, como les digo, tiene en principio el límite de la realización de la inseminación artificial y de toda la ayuda biológica y farmacológica a la reproducción, pero que en principio exceptúa la realización de la FIV, puesto que nos parece más adecuado seguir enviando este tipo de técnicas por su complejidad a un centro concertado como el que actualmente presta servicios a través de ese concierto.

Quiero indicarles que en la actualidad la espera media para este conjunto de parejas que se han ido apuntando en esta lista de espera es de dieciocho meses y que en estos momentos el número de parejas que están apuntadas es de 314. De esas 314, se ha llamado para su incorporación en un programa de estas características a 172, de las cuales 70 han dicho que no querían acudir a este tipo de técnicas. No les oculto que en muchas ocasiones hay unas decisiones de orden ético y moral que, evidentemente, se tienen que plantear dentro del procedimiento del consentimiento informado, y en algunas ocasiones la propia pareja decide no acudir a este tipo de técnicas por razones que sólo a su conciencia corresponden. 102 parejas se han enviado a la clínica Quirón de San Sebastián, ese centro concertado que les decía anteriormente, y actualmente la lista de espera que queda es de 142 parejas. No quiero tampoco abrumarles con más datos, pero sí que les puedo decir que, efectivamente, estas técnicas son unas técnicas con unos porcentajes variables de efectividad pero que están produciendo el hecho de que en muchas de estas parejas están culminado embarazos tal y como era su pretensión.

Quiero decirles que el gasto por el concierto con la clínica Quirón durante el año 99 fue de 18 millones de pesetas y durante el año 2000 pretendemos gastar al menos unos 22 millones de pesetas. En cualquier caso, quiero indicarles que va a ser propósito del Departamento de Salud y de su titular, en este caso mi persona, incorporar este tipo de ayudas, también importantes desde el punto de vista biológico, dentro de todos estos planes de fomento de la natalidad que tan de moda están en estos momentos. A veces, desde la acción pública nos olvidamos, a la hora de pretender fomentar la natalidad, de que en algunos casos hay impedimentos biológicos para la propia natalidad, y yo pretendo que el propio Gobierno sea consciente de esta realidad y que dentro de lo que son las necesidades financieras, y no sé por qué esto sorprende, del sistema sanitario se considere de una forma específica que necesitamos más fondos para poder

propiciar tanto nuestros desarrollos propios endógenos del Hospital Virgen del Camino, en cuanto a su sección de reproducción, como también para poder agilizar y gestionar de una manera más eficaz todo lo que tiene detrás ese concierto con ese centro de San Sebastián. Me parece que en muchas ocasiones, no este Gobierno, pero sí el anterior, el anterior al de UPN, cuando la situación era la de la existencia de una lista de espera y no de un recurso adecuado, realmente estoy convencido de que ahí había algún tipo de problema de orden presupuestario. Yo quisiera que también pudiéramos aplicar aquí presupuesto para propiciar esto, que es el deseo, como digo, en estos momentos diagnosticado y abordable desde el punto de vista asistencial de más de trescientas parejas en Navarra.

Por tanto, y como resumen, les diré que ese proceso de terciarización está suponiendo el trabajo concreto y actual en dos áreas fundamentales, las áreas abordadas de la oncología y de la reproducción, y que también se está desarrollando en estos momentos la terciarización en el ámbito de la ecografía, entendiendo la ecografía como ecografía terciarizada dentro del ámbito hospitalario, no tanto la ecografía básica que se desarrolla en los centros de salud. Y está pendiente el desarrollo de la terciarización en otras dos actividades fundamentales que también se han planificado así por parte del Servicio Navarro de Salud, como son el ámbito de la perinatología y el embarazo de alto riesgo. El decreto establecía el hecho de que los embarazos de alto riesgo sí que tenían esa referencia hospitalaria, no en el centro de atención a la mujer, donde se diagnosticaba ese elevado riesgo del embarazo, pero sí que posteriormente se remitián al hospital. Y también el ámbito de la patología funcional y el suelo pélvico, que también por el grado de complejidad y el correlato que tiene en cuanto al resto de la patología ginecológica y obstétrica requiere de una sección específica. Por tanto, hemos procedido también con decisión al abordaje de este proceso de terciarización del servicio de Virgen del Camino en estas áreas que les cito y de las que se incorporarán en lo sucesivo.

Para finalizar, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios, quisiera hacer referencia a algo que antes indicaba y que creo que debería requerir de esta Comisión y de todos ustedes un abordaje yo diría que fundamentalmente sanitario y no tanto un abordaje simplemente en orden a recibir unas determinadas impresiones. Me explico. Les decía que coloquialmente se habla de la existencia de una determinada lista de espera para las revisiones, eso que coloquialmente se conoce como las revisiones, y que esta situación, que, efectivamente, se registra en cuanto a tal demanda, está produciendo una situación de preocupación para lo que es el desarrollo normal de la asistencia sanitaria

ria fundamentalmente a cargo de los centros de atención a la mujer. Se está estableciendo, como antes les decía, un planteamiento generalizado de sobredemanda, sobredemanda que yo entiendo que está injustificada, que en estos momentos impide que se desarrolle el programa secundario a cargo de los centros de atención a la mujer como estaba previsto. Y no sólo digo yo que es una sobredemanda injustificada, lo dicen fundamentalmente los expertos y concretamente los expertos navarros que han estudiado este tema, porque se está tomando como actividad preventiva algo que no es actividad preventiva.

Las actividades preventivas que supuestamente así se denominan y que consisten simplemente en la realización de revisiones sistemáticas a la población general femenina, y reitero lo de población general femenina y luego haré la matización correspondiente, tratando presuntamente de detectar algún tipo de cáncer ginecológico, son unas actividades que realmente no tienen nada de preventivas desde el punto de vista del conocimiento de las técnicas concretas de prevención del cáncer.

Saben ustedes que existe una modalidad de cáncer ginecológico que es sobre la que se desarrollan estas técnicas presuntamente preventivas, es el cáncer de cuello de útero, que es un cáncer que tiene un origen viral y que se desarrolla después de la infección por un virus, el virus del papiloma humano, que se expresa en términos clínicos al cabo de los años como cáncer. Por cierto, en la semana previa a los Sanfermines del año 99 tuvo lugar en Pamplona un importante curso de formación sobre estas materias, los cánceres de origen viral.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Señor Consejero. Le pido disculpas. Aunque son noticias todavía sin confirmar, parece ser que se ha cometido otro asesinato más. Como no puede ser de otra forma, parece que la banda terrorista ETA una vez más ha vuelto a sembrar de odio, de dolor y de muerte esta tierra, una tierra vecina como la Comunidad Autónoma Vasca, parece ser que en la persona de un dirigente socialista, Fernando Buesa. Por lo tanto, pediría a sus señorías, si no les parece mal, que suspendiéramos la sesión, porque me parece que es la única forma de que los demócratas también nos manifestemos con la serenidad que en estos casos se requiere pero también con contundencia para decir basta ya y que este pueblo, el pueblo navarro quiere que se respete su voluntad, no solamente la del pueblo navarro sino también la del pueblo vasco y la del pueblo español, y una vez más, con el grito que sacó a la calle a miles y miles de navarros el pasado 29 de enero, por la paz, por la libertad, ETA no. Muchas gracias, señorías. Se suspende la sesión.*

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 17 HORAS Y 24 MINUTOS.)

(SE REANUDA LA SESION EL DIA 3 DE MARZO DE 2000 A LAS 10 HORAS Y 3 MINUTOS.)

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Señorías, buenos días. Reanudamos la sesión de esta Comisión de Sanidad que tristemente tuvimos que suspender hace unos días por el vil asesinato de dos ciudadanos de la Comunidad Autónoma Vasca. Sin más, para que continúe con su exposición, porque, como digo, tristemente tuvimos que suspender su intervención, para que reanude esa intervención y pueda finalizar la comparecencia que tenía solicitada a instancia de Izquierda Unida y del Partido Socialista, tiene la palabra el señor Cervera.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Muchas gracias, señor Presidente. Señoras y señores Parlamentarios, recuerdo que cuando se desarrolló la otra sesión de esta misma comparecencia, en su intervención previa, el Parlamentario señor Andión, de alguna forma, expresaba una cierta queja por el hecho de que se hubiera desarrollado cerca de cuatro meses después de haber sido solicitada. Realmente, ya le avisé en ese momento que eso no iba a mermar el interés de lo que se suponía que era el centro de atención de lo que pedía la comparecencia, y, desde luego, creo que a la vista está que no solamente no ha decaído el interés por estos temas, sino que incluso ha llegado a los medios de comunicación, lo cual creo que refrenda una vez más la utilidad de esta Comisión como foro para poder debatir estas cosas y poder sentar criterio político y técnico al respecto de lo que aquí nos convoca.*

Efectivamente, como todos ustedes saben, se repartió a los grupos parlamentarios y a los Parlamentarios aquí presentes una documentación que tenía, por una parte, el esquema de lo que fue la previsión de comparecencia y, por otra parte, un estudio técnico al que ahora haré referencia, puesto que era la parte que quedaba por explicar de aquella comparecencia. Recordarán también todos ustedes que el planteamiento esquemático que se hizo consistía, primero, en dar una visión lo más completa posible de cuál era el estado de actividad de los centros de atención a la mujer, para posteriormente plantear cuáles iban a ser los desarrollos próximos de este ambicioso programa de reforma sanitaria y, en tercer lugar, lo último pero no lo último, una reflexión explícita sobre cuál era en estos momentos la problemática derivada de los programas comúnmente denominados preventivos, aunque luego veíamos la forma y la manera de acotar este concepto y las actuaciones que pensaba desarrollar el Departamento de Salud en esa materia.

Precisamente, cuando estaba entrando en este tercer punto fue cuando se produjo el conocimiento de la noticia de la nueva acción terrorista, que, evidentemente, motivó el hecho de que tuviéramos que suspender la Comisión por respeto a las víctimas y en señal de rechazo por esa actitud absolutamente injustificada.

Por tanto, si le parece, señor Presidente, continuaré donde dejé aquella comparecencia y haré una referencia específica a esa problemática suscitada que se había visto sobre todo en lo que era el desarrollo de la demanda asistencial que se había referenciado en el campo de la estadística de los centros de atención a la mujer y de lo que es la actitud del Departamento de Salud sobre la ordenación de los programas supuestamente preventivos y lo que tras de sí tienen.

Les comenté, eso sí que lo pude introducir, la situación que se había creado de sobredemanda, a nuestro entender, absolutamente injustificada, que impedía en algunas ocasiones que se desarrollaran otro tipo de labores asistenciales, de consultas en los centros de atención a la mujer. Recordarán que el portavoz del Partido Socialista habló en su intervención de introducción de que existían en algunos casos listas de espera de más de dos años para visitar mujeres en consulta especializada de ginecología, a lo cual sí que pude argumentar que ésas no eran unas esperas que estuvieran gravitando sobre unas mujeres presuntamente enfermas, sobre mujeres que hubieran presentado algún tipo de patología, sino que, por el contrario, ésa era la espera que, efectivamente, el sistema registraba para desarrollar algunas determinadas técnicas presuntamente preventivas y, desde luego, no asistenciales ni paliativas ni diagnósticas de ningún tipo de sintomatología. Por el contrario, la situación de la red es perfectamente adecuada en el sentido de que cuando se presenta la más mínima sintomatología por parte de una mujer, desde luego, la espera máxima que puede registrar el acceso de esa mujer a una consulta de ginecólogo no supera en ningún caso los cuarenta días y, desde luego, es menos de la mitad en la mayor parte de los puntos asistenciales de la red.

Por tanto, entrábamos ya a tratar de matizar ese concepto de presunta lista de espera y lo hacíamos diferenciando claramente lo que eran las actividades presuntamente preventivas, sin ningún reglaje y sin ninguna estructuración a través de un programa, que ahora comentaré, frente a lo que era realmente la espera de consulta cuando la propia mujer registrara y evidenciara el más mínimo síntoma que le hiciera tener una cierta sospecha sobre si tenía un proceso patológico que requiriera esa intervención, esa consulta.

Por tanto, estábamos estableciendo ese principio de que había una situación de sobredemanda

absolutamente injustificada. Y digo absolutamente injustificada, porque, como les anticipo, se está tomando por actividad preventiva lo que realmente no es una actividad preventiva o, por lo menos, no es una actividad preventiva dentro de lo que es el contexto de la prevención epidemiológicamente validado en el conocimiento actual de la ciencia. Efectivamente, se está produciendo el hecho de que hay muchas mujeres que están en la creencia de que tienen que acudir al ginecólogo anualmente para ser revisadas, para tratar de descartar la presencia de algún tipo de cáncer ginecológico, y ciertamente esta demanda, que está inducida por una serie de circunstancias que luego de forma muy escueta referenciaré, realmente no es una demanda que se ajuste a lo que debería ser un programa científico, un programa epidemiológicamente validado de prevención del cáncer ginecológico.

Ciertamente, esto es una realidad en nuestra sociedad, es una realidad también detectada en nuestros niveles asistenciales, pero no porque sea una realidad tenemos que dar por hecho que es una realidad adecuada, correcta o adaptada a lo que son específicamente las expectativas en términos de salud por parte de las ciudadanas de Navarra. De hecho, esto es algo que no sólo nos preocupa desde el punto de vista de su repercusión en la red asistencial, en el número de consultas o en el número de actividades que se desarrollan en los centros de atención a la mujer, sino que nos tiene que preocupar sobre todo en un sentido muchísimo más profundo, en un sentido de si realmente estamos aceptando o no una consideración yo diría que cultural de este tipo de revisiones que, desde luego, no se compadece en absoluto con lo que es la realidad del trabajo sanitario en términos de prevención.

Efectivamente, esto que digo no lo digo desde una actitud gestora ni desde una actitud estrictamente política. Esto, antes de decirlo yo de esta manera, lo han dicho al menos dos informes que se han desarrollado estrictamente a cargo de profesionales de reconocido prestigio del sistema sanitario de Navarra, en los que han puesto de manifiesto esta realidad y esta diferencia entre lo que presuntamente se considera revisión preventiva y lo que realmente sería un programa preventivo a todos los efectos.

Efectivamente, en aquella comparecencia les entregué también el resultado de un estudio técnico realizado por profesionales, firmado de forma unánime, sobre las bases por las que se debería desarrollar y regir un auténtico programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero. El último documento que les entregué, como digo, está firmado de forma unánime por todos estos profesionales, y no sólo se incorporaban profesionales del ámbito de la salud pública, sino también de los servicios de anatomía patológica y de ginecología de los

propios hospitales y también expertos en planificación y evaluación de servicios sanitarios. Contaron, además, con la colaboración de otros profesionales expertos en materias de detección precoz y concluyeron en unos términos muy similares a lo que era en estos momentos el estado de conocimiento de la ciencia y el estado de evaluación de la tecnología y de la actividad preventiva en el entorno occidental.

Efectivamente, por unanimidad estos profesionales, estos técnicos convocados al efecto, y sin ningún tipo de coacción en lo que era el resultado de su aportación, establecen que ciertamente hay que focalizar la realización de estas citologías, la realización de estas revisiones a las mujeres precisamente en la población con prácticas de riesgo. Ellos definen de forma clara aquellas mujeres que, a pesar de que es difícil en algunas ocasiones identificarlas, son en cualquier caso activas sexualmente hasta los 65 años, han tenido bien ellas o su pareja más de tres compañeros sexuales diferentes en el último año o tienen una historia anterior de infecciones vaginales variadas, condilomas, antecedentes de infección por el virus de la hepatitis b o son seropositivas frente al virus de la inmunodeficiencia humana. Distinguen este grupo de mujeres como grupo específico de riesgo y dicen que es, por tanto, donde se debe esforzar y focalizar el sistema de detección precisamente para poder actuar con efectividad a la hora de prevenir el cáncer ginecológico. Separan de forma clara a este grupo de lo que es considerada como la población general, y dicen que la población general, es decir, por definición negativa las mujeres que no están dentro del grupo de riesgo, no debe estar en un sistema de fomento de este tipo de citologías como prueba de screening en ese sentido de población general. En todo caso, afirman estos expertos, solamente se deberá realizar la prueba de la citología en el grupo de edad de entre los 25 y los 65 años.

Y me interesa decirles que lo que tiene de auténtico alcance y de auténtica novedad este programa de detección del cáncer de cuello de útero que queremos desarrollar en la Comunidad Foral de Navarra no es de ninguna manera el cuestionamiento de si la técnica de la citología es una técnica útil para el diagnóstico y el pronóstico de enfermedades como el cáncer ginecológico. No se está discutiendo la utilidad de la citología, esto es algo que quiero que quede muy claro; lo que se está discutiendo y se está discutiendo con una base científica epidemiológica adecuadamente validada es precisamente el intervalo de realización de estas citologías.

Quiero que esto lo tengan ustedes muy claro porque de ninguna manera se pretende por parte del Departamento de Salud proscribir la realización de ninguna prueba diagnóstica o pronóstica

que sea útil para la salud de las mujeres. Lo que se pretende es precisamente aplicar bien los recursos y aplicar bien la adecuación de la pauta y de los intervalos de realización de estas pruebas a lo que es nuestra pretensión, que es precisamente diagnosticar precozmente y de una forma cada vez más eficaz el cáncer ginecológico.

Por tanto, este grupo de expertos establece y propone un programa que consiste en la exclusiva realización de estas pruebas citológicas, por una parte, a la población con prácticas de riesgo que ellos precisamente han definido y para la que establecen una periodicidad trienal, es decir, cada tres años, y, por otra parte, al grupo de mujeres de entre 25 y 65 años de la población general, es decir, de quienes no están en esos grupos de riesgo, la prueba se les realizará, en todo caso, cada cinco años.

Por tanto, no se está cuestionando para nada, y esto me importa mucho que sea entendido por todos ustedes, tanto medios de comunicación como sobre todo Parlamentarios aquí presentes, la realización de citologías ni muchísimo menos la utilidad y la eficacia de la citología para diagnosticar cánceres ginecológicos. Y mucho menos se está decidiendo proscribir o dejar de realizar ninguna citología ni ninguna consulta a demanda de las ciudadanas de Navarra. Lo que se está diciendo es que hay que pautar esto de una forma adecuada al conocimiento científico y epidemiológico del cáncer ginecológico y que, por tanto, hay que tratar de aportar dentro de este programa de detección precoz estas pautas que los propios expertos nos indican y nos manifiestan de forma consensuada en sus informes técnicos.

Éste es un informe que yo creo que está en su lectura y en su alcance a la altura de cualquiera de todos ustedes. Por supuesto, es un informe que creo que tiene unos elementos de suficiente claridad y contundencia como para saber realmente qué es lo que se pretende hacer con el programa de detección de cáncer de cuello de útero. Pero es que, además, quisiera decirles que éste no es un informe que aparezca por generación espontánea, por el contrario, concuerda con otros informes que se han desarrollado tanto en la Comunidad Foral de Navarra como fuera de nuestras fronteras que realmente están marcando unas posturas similares a las que estos expertos, después de evaluar la evidencia científica en la materia, están proponiendo como pauta de actuación.

De hecho, seguramente todos ustedes conocerán un documento que se publicó incluso de esta manera, digamos, tan seria en el año 1994, en el que se proponía unas pautas similares para establecer un programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero. Me van a permitir que les lea de forma textual, porque creo que incluso sería conve-

niente que tuviera una constancia en las propias actas y anales de este Parlamento, cuál fue en aquel caso la aportación de estos profesionales. Decían estos profesionales algo que, evidentemente, también sostiene, mantiene y defiende el Departamento de Salud en estos momentos. “La protección de la salud de la mujer plantea la prevención de los tumores específicos de su condición biológica.” En tal sentido, el cáncer de mama ya tiene una cobertura en el sistema sanitario navarro y falta la decisión sobre la prevención de otros tumores. “No existe” – decían – “indicación técnico-preventiva del cáncer de ovario y de endometrio”, aunque, por cierto, en este último quepan acciones de prevención primaria con base epidemiológica, como la de prestar atención a la excesiva indicación y profusión de tratamientos del síndrome menopáusico con hormonas estrógenos, sin una previa evaluación de los riesgos previsibles, ya que se sabe que esta intervención terapéutico-farmacológica induce el 50 por ciento de los cánceres de endometrio.

Decían estos expertos y digo yo ante ustedes que “sólo queda, en consecuencia, como indicación preventiva programable y como medida de salud pública la prevención del cáncer de cuello uterino”, que la administración sanitaria puede considerar como indicación médico-social que oferta a la sociedad navarra. Pero esta decisión ha de adoptarse acogiendo los criterios médico-técnicos de prevención que sean convenientes para nuestra Comunidad y garantizando su aplicación por medio de las normas suficientes que otorguen el derecho a las mujeres al acceso al programa de prevención y, a su vez, tutelen y protejan a las mujeres de prácticas innecesarias.

Esto es precisamente lo que queremos hacer seis años después de que esta publicación saliera de la imprenta y unos pocos meses después de que esta publicación haya tenido un nuevo refrendo por parte de otro grupo de profesionales que están indicando una actitud estratégica en materia de prevención y de salud pública exactamente igual.

Por tanto, lo que pretende el Departamento de Salud, reitero, no es proscribir la realización de consultas ni proscribir la realización de citologías, sino darles el valor que tienen que tener precisamente para la prevención del cáncer de cuello de útero, y el valor que tienen que tener se establece de una forma mucho más efectiva a través de su realización en la pauta que nos indican los profesionales: en mujeres sin razones de consideración de riesgo, cada cinco años; y en mujeres dentro de los grupos de riesgo, cada tres años. Ésta es una situación que, evidentemente, cambia lo que es en estos momentos la situación de demanda de realización de estas pruebas, prácticamente cada año, porque realmente no tiene efectividad realizar estas

pruebas, ni por demanda directa de las usuarias ni tampoco a través de esa pauta anual.

Quisiera indicarles que lo que traje a la Comisión es simplemente la consideración de lo que era el documento de los expertos, que, como les digo, además tenía su antecedente hace seis años en ese otro informe técnico que se desarrolló al efecto, y anunciarles que el Departamento de Salud va a propiciar el desarrollo y la realización de este programa preventivo que tiene las características de importancia que todos ustedes conocen. ¿Cómo la vamos a hacer? Pretendemos hacerlo de dos maneras o con dos estrategias complementarias. Por una parte, mediante la realización de un protocolo del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, en el que se recojan, a título de recomendación, las recomendaciones que hemos recibido por parte de los expertos a través de estos dos informes técnicos y de otros muchos informes técnicos concordantes que existen en la literatura científica mundial. Por una parte, por tanto, el Departamento de Salud protocolizará lo que es el manejo clínico de las revisiones, para que esas revisiones ginecológicas tengan la efectividad que tienen que tener, es decir, que sean eficaces para poder diagnosticar con prontitud y con capacidad de abordar terapéuticamente posteriormente el problema del cáncer a las mujeres de Navarra. Y, por otra parte, además de este protocolo, que a título de recomendación va a publicar el propio Departamento de Salud, se pretende también llegar a un plan de comunicación que llegue incluso a las propias mujeres y que les facilite el entendimiento de cuáles son las técnicas a su servicio precisamente para la prevención del cáncer ginecológico y, al mismo tiempo, cuáles no son las prácticas que presuntamente se creía que eran preventivas pero que realmente no tienen nada de preventivo.

Les decía en el escrito que les presentaba que no se trata de hacer en estos momentos un planteamiento, digamos, económico. No se trata de reducir nuestra actividad asistencial, de reducir el número de consultas que registra la red de centros de atención a la mujer, sino que, por el contrario, lo que pretendemos precisamente es adecuar todas nuestras capacidades asistenciales a lo que es la necesidad asistencial de la propia mujer. El problema de que se realicen consultas innecesarias no es sólo el coste que tienen esas consultas, sino fundamentalmente el coste de oportunidad que tienen, es decir, el hecho de que si se desarrollan consultas innecesarias, revisiones innecesarias, citologías innecesarias estamos dedicando prioritariamente esos recursos a algo innecesario y los estamos desvirtuando de algo que, evidentemente, es mucho más necesario, como el caso de la presentación de algún tipo de sintomatología.

Pero les decía que, además de este criterio yo creo que de priorización, que seguro que todos ustedes comparten, existen otro tipo de problemas, problemas más profundos, problemas de los que a lo mejor es más difícil hablar en una Comisión parlamentaria, pero que, desde luego, son unos problemas reales. Los problemas, por ejemplo, de la iatrogenia, del daño que se puede producir por la propia intervención. Realmente, el riesgo de que una intervención de una citología o de una revisión ginecológica cause un daño en una mujer es un riesgo relativamente pequeño, pero si multiplicamos ese riesgo, porcentualmente pequeño, por el gran número de casos que se pretenden desarrollar, si se generalizan estas prácticas a la población general todos los años, realmente nos encontraremos con la evidencia de que la iatrogenia, es decir, el daño causado por esa intervención, superaría con mucho los presuntos efectos beneficiosos que esa intervención presuntamente aportaría.

Realmente, esto es algo que se ha visto con ejemplos a lo largo y ancho de todo el mundo occidental, y se ha visto que, evidentemente, a la hora de balancear lo que son riesgos y lo que son beneficios de las presuntas intervenciones preventivas, también tenemos que saber determinar con exactitud y al mismo tiempo con cautela estos riesgos iatrogénicos.

Pero es que, además, les decía que creo que no es justo, en términos incluso antropológicos y de respeto a la mujer, que se le traslade a una cultura según la cual por el mero hecho de ser mujer y en muchos casos por el mero hecho de ser mujer sexualmente activa, tenga que pasar obligatoriamente una revisión presuntamente para descartar el desarrollo de una cáncer ginecológico. Esto no ocurre, por ejemplo, con los hombres. A los hombres no se nos ha introducido esa visión antropológica de que realmente por el mero hecho de ser hombres tengamos que pasar todos los años una revisión para descartar no se sabe qué procesos íntimamente ligados con nuestra condición sexual. Sin embargo, esto sí que ocurre en el ámbito de la mujer, y realmente yo creo que ésta es una visión que antropológicamente hay que erradicar de nuestra sociedad porque no solamente es injusta en esos términos, sino que, desde luego, no es justa tampoco en términos científicos ni en términos epidemiológicos.

Esto es lo que les quería indicar fundamentalmente y reiterarles algo que me parece que es muy importante. A la hora de que ustedes juzguen cuál es nuestra actitud política y cuál es nuestro trabajo de gestión en estas materias, yo lo único que les solicito es que, evidentemente, entiendan y comprendan que lo que hemos hecho es recabar la opinión de los expertos, poner en actualidad cuál es el conocimiento científico de estos momentos, cuál es

la evidencia científica de estos momentos y guiarnos por esos criterios de orden científico, de orden epidemiológico, de orden de evidencia científica que en esta materia tienen que guiar nuestros pasos, y que lejos de nuestra intención está tomar ninguna actitud dirigista, economicista ni de renuncia de las cotas y de los progresos que, desde luego, la sanidad navarra tiene en materia sanitaria.

Creo que una sanidad que progresa y una sanidad que mejora es precisamente la sanidad que sabe hacer las cosas con cabeza y, en este caso, la cabeza y el desarrollo de lo que tenemos que trabajar en el campo de la prevención del cáncer ginecológico nos lo han marcado de una forma muy clara y muy taxativa estos informes técnicos que, desde luego, en mi opinión, son incontestables, y lo único que queda es ponerlos en marcha y darles una aplicación concreta, que, como les decía anteriormente, no se hizo en los años anteriores, a pesar de que existía esta clara evidencia y, sin embargo, sí que pretendemos desarrollarlo en adelante. Muchas gracias, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señor Consejero. Para que sus señorías puedan analizar convenientemente la segunda parte de la comparecencia del Consejero, vamos a suspender la sesión durante cinco minutos, también con otra recomendación que ya hicimos en esta Comisión hace unos meses, en la línea de que esta Comisión también promulgue hábitos saludables, recordando a aquellos que tengan la imperiosa necesidad de fumar algún pitillo o que no puedan resistir esa tentación que por favor lo hagan en la sala anexa a esta propia sala de comisiones. Muchas gracias.*

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 10 HORAS Y 25 MINUTOS.)

(SE REANUDA LA SESION A LAS 10 HORAS Y 34 MINUTOS.)

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Señorías, se reanuda la sesión. Tiene la palabra, en primer lugar, como proponente de la iniciativa, la señora Torres.*

SRA. TORRES MIRANDA: *Gracias, señor Presidente. Doy la bienvenida al señor Consejero y al señor Director General y agradezco su presencia.*

La verdad es que el plan de atención integral a la mujer fue polémico ya desde su inicio. Todos recordarán que hubo bastantes escritos periodísticos críticos con la medida adoptada por ese departamento, sobre todo por algunos ginecólogos del Hospital Virgen del Camino, por considerarlo lesivo para la atención ginecológica de las mujeres de

Navarra. Suponía –decían– una desaparición de la consulta oncológica ginecológica y disminuía el número de seguimientos de mujeres con embarazo de alto riesgo. Al parecer, esas ciertas críticas tenían razón, porque, desde luego, aparecen en el capítulo del debe, en el capítulo pendiente que comentó en la anterior comparecencia el señor Consejero.

Me he llevado también cierta desilusión porque lo que veníamos diciendo parece que luego se va confirmando. Existía un modelo, llamado Cofes, que respondía a necesidades de los jóvenes, mujeres y hombres, con un grado de satisfacción en cuanto a su funcionamiento, desde el punto de vista de la población navarra, bueno y adecuado, que se atendía desde una filosofía de educación, de orientación sexual, de planificación familiar, y se ha sustituido por unos centros de atención a la mujer que, debido a su saturación o su aumento de listas de espera, no pueden hacer esa labor preventiva, como bien ha comentado el señor Consejero. Las listas de espera existen y hacen que estos servicios estén saturados, hacen que no se pueda elegir ginecólogo. Quisiera saber qué va a hacer el departamento para solucionar y evitar lo que en la anterior comparecencia comentaba que era el fracaso de la organización. ¿Cree que es suficiente con la contratación de un ginecólogo más para todos los CAM? ¿Cómo se soluciona lo que viene recogido en el decreto de que los CAM se dotarán de los recursos necesarios a las necesidades poblacionales?

Comentaba que uno de los puntos fuertes o positivos era la mejora de la satisfacción de las pacientes o usuarias. Desde luego, ésa no es nuestra información. Tenemos ciertas inquietudes de diferentes municipios, sobre todo del de Ansoáin, y quisiéramos saber qué pasa ahí, pues pertenece al centro de atención a la mujer de la Chantrea, todavía pendiente de implantar, pero que ha asumido a la población, eso sí, sin el incremento del personal que el decreto establece. Eso está originando saturación de trabajo del personal, está originando aumento de listas de espera. Es una población que era atendida anteriormente por una ginecóloga que se desplazaba de Andraize, y el Departamento de Salud les informa de que eso se va a evitar con el centro de atención a la mujer de la Chantrea y que van a dar un servicio de prestaciones sanitarias más completo en planificación familiar, en ginecología, en obstetricia, en educación sexual. Es una población joven y resulta que cuando llegan al centro de atención a la mujer para hacer el seguimiento del embarazo se encuentran con que hay una gran saturación y son derivadas al Hospital Virgen del Camino y al ambulatorio Solchaga. ¿Dónde está ahí la libre elección del ginecólogo? Aparte de que el historial lo tenían también en Andraize. ¿Cuándo se prevé implantar este centro?

Comentaba también como un punto no relacionado directamente con los CAM, pero que tiene su importancia, la unidad de reproducción humana. Yo le preguntaría al Consejero qué plazo tiene previsto para solucionar esa lista de espera de esas 140 parejas y por qué no se aplica la fecundación in vitro en Navarra.

Me extraña también que no se haya mencionado nada acerca de la interrupción voluntaria del embarazo o de la píldora abortiva. ¿Cómo está la situación en Navarra? Quisiera conocer la opinión del Departamento de Salud y, en concreto, la de su Consejero, independientemente de lo que piensen los profesionales de la salud.

Por último, señor Consejero, de verdad parece un experto o un especialista en creación de conflictos y problemas donde no los hay. Yo me pregunto qué pasa ahora con el programa de detección del cáncer de cuello de útero. Ha revolucionado a la Asociación navarra de ginecología y obstetricia. Desde luego, no piensan lo mismo. Pregunto: ¿se ha informado a los diferentes profesionales sanitarios de los diferentes servicios ginecológicos de la red pública? Ahí también hay varios expertos y nos han transmitido su preocupación, y, desde luego, no están de acuerdo con este programa. A nuestro grupo le parece una visión reduccionista de la revisión ginecológica, que es mucho más que la prevención del cáncer de útero. Además, creemos que atenta contra la privacidad y confidencialidad de la mujer. ¿Usted cree que una mujer va a ir a una consulta del ginecólogo diciendo que es prostituta o que se acuesta con no sé cuántos hombres o dando el carné de su marido?

Pienso que aquí lo que se están escondiendo son criterios economicistas, que es una forma de acabar con esas listas de espera y de descongestionar el servicio, y me recuerda la frase de “si molestan, eliminémoslos”. Se cargan las revisiones, tal como venían realizándose, pero sin solucionar el problema y consiguiendo un servicio público lesivo para la población de Navarra. Nos parece peligroso y atrevido la utilización que se le da a la promiscuidad de la mujer y le recuerdo que en la transmisión de enfermedades intervienen también los hombres.

Nuestro grupo le ruega, señor Consejero, que paralice este programa, que pida informe a los diferentes servicios ginecológicos de la red pública, que atienda también a la Sociedad española de ginecología y obstetricia y que lleguen a un consenso. Por último, le pedimos también que si son ciertas las declaraciones que aparecen en un periódico diciendo que la citología no es una prueba eficaz para la detección del cáncer ginecológico, rectifique, porque hoy aparece también un artículo en el periódico de esa señora que participa como experta en el programa diciendo todo lo contrario.

Le podríamos llenar la mesa de informes fidedignos de que la citología es una prueba eficaz para la detección del cáncer. De momento, nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señora Torres. Señora Arboniés, tiene la palabra.*

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *Gracias, señor Presidente. En primer lugar, quiero saludar al señor Consejero. Nuestro grupo había solicitado la reanudación de esta sesión no solamente porque fue interrumpida por el atentado que todos conocemos y lamentamos, sino porque sus declaraciones posteriores en prensa crearon un malestar en muchos profesionales, crearon un desconcierto y, sobre todo, crearon una ola de opiniones contrarias. Yo no sé los demás grupos, pero nosotros recibimos varias llamadas, incluso de profesionales de ámbitos de centros de atención a la mujer, del hospital Virgen del Camino. O sea, respecto a todo lo que usted nos ha dicho hoy hay otras opiniones fundadas, supongo yo, también en ese conocimiento científico al que tantas veces se ha aludido hoy, en esa evidencia científica que no debe ser tal cuando los expertos del día a día, los ginecólogos que ahora mismo están trabajando en centros de atención a la mujer, están contradiciendo todo lo que usted nos ha dicho aquí, están contradiciendo la periodicidad de las revisiones, que es lo que usted ha dicho aquí, cada tres años para la población con prácticas de riesgo y cada cinco años para la población en general, empezando porque la prevención tiene que ser universalizada, no puede ser coartada por la presunción de promiscuidad femenina, que es lo que ha saltado en prensa. Me espanta también el desconocimiento, después usted lo ha intentado enmendar, que bueno, que no se tiene en cuenta el factor masculino. Lo que no puede ser es que con base en esa definición de grupos de riesgo una tenga que ir contando su vida y milagros, tenga que pasar, además, por una derivación que empieza por el centro de atención primaria mediante ese volante, pues, según lo que consta aquí, en una de las páginas de las actividades, la citación se hará a través de atención primaria. Eso conlleva una pérdida de confidencialidad, eso conlleva también unos problemas emocionales, una burocracia y se crean unas trabas.*

Usted ha dicho que no era una actitud gestora ni política, pero es una actitud meramente gestora. Cuando usted habla de optimizar los recursos a mí ya me da miedo, porque es una frase tan manida que, al final, lo que vemos siempre son las tijeras caminando y un recorte que lo vemos venir. Y aquí lo que se intenta hacer, ni más ni menos, es rebajar la lista de espera, esas nueve mil mujeres que usted dice que son mujeres sanas, presuntas pacientes, y

yo no sé si somos presuntas pacientes o presuntas mujeres sanas.

Hoy he visto en la prensa que precisamente hay personas que ya aparecen contradiciendo esos informes que dice usted que son incontestables, ya los empiezan a contestar y se los van a seguir contestando, y se los van a contestar desde la ciencia, no desde otros criterios. La propia Sociedad española de ginecología y obstetricia va a hacer un informe o lo habrá hecho sobre esta cuestión, sus propios profesionales dicen que no van a aplicar estas recomendaciones, porque estas recomendaciones no tienen en cuenta los parámetros que ahora mismo están siguiendo, según los cuales –y no ha sido un profesional con el que esta portavoz ha hablado sino tres profesionales– solamente cuando hay dos citologías consecutivas normales, no hay cambios de pareja y no hay otros factores de riesgo es cuando se podría llegar a la revisión bianual, en caso contrario serían revisiones anuales y jamás llegar a esas revisiones de cinco años ni de tres años. Luego ahí, sus propios profesionales, los que están al pie del cañón, le están contradiciendo a usted. Hay un informe que dicen que está firmado por varios expertos, pero que está siendo contradicho por sus propios profesionales, que dicen que esto no puede ser así, y por más opiniones que supongo yo que saltarán al conocimiento público.

También quería decirle algo sobre el modelo de atención a la mujer. Cuando esta comparecencia fue solicitada a nosotros ya nos habían llegado diversas manifestaciones de profesionales, porque aquí hay un descontento entre los profesionales que están trabajando en atención a la mujer, que para nosotros debería ser una atención a la salud sexual y reproductiva de la población. Hay un gran descontento entre los profesionales y un descontento también de las personas que son asistidas en estos servicios, con unas esperas efectivamente de cuarenta días, que, al final, acaban yendo al ginecólogo privado porque no pueden esperar ese mes y pico. Hay unas demoras que usted ya manifestó y aquí lo que vemos es que se intentan rebajar.

También hay una falta de definición de una cartera de servicios, no se sabe cuáles son los servicios que prestan. Dos años después de su puesta en funcionamiento, según la opinión de los profesionales hay que ir a una revisión profunda de la atención que se está aplicando, porque lo que está primando es meramente la parte asistencial, netamente asistencial. Se ha perdido ese modelo Cofes que tanto prestigio tenía en Navarra, que fue un modelo para otras comunidades, se ha perdido confidencialidad, se ha perdido esa atención que se daba a los jóvenes con programas específicos, el programa joven, cuando usted sabe que es muy importante la prevención en ese tramo de edad,

hay varios centros de atención que no están llevando ese programa. Incluso el perfil de los usuarios ha cambiado, mayoritariamente son mujeres embarazadas, cuando antes era normal ver parejas jóvenes que iban juntos a los centros de atención. No solamente ha cambiado el perfil, también han cambiado muchas labores que había y ha cambiado el acceso, y ésa es una de las quejas que muchas mujeres tienen, que se ha burocratizado el acceso, cuando antes ellas mismas tenían un acceso directo.

Como conclusión, yo creo que la revisión de este servicio que se está prestando a la población tiene que ser inminente, dos años después de la puesta en funcionamiento. Porque aquí los informes que usted dice que son incontestables, el buen camino que esto lleva no es tal, aquí hay protestas de los facultativos, de las educadoras porque se han perdido muchos de los programas específicos y esa labor de prevención y educación, que es la que al final ahorra precisamente la parte asistencial, que es mucho más cara.

Usted dice que este programa está avalado por expertos, pero está siendo contestado por otros expertos, por otras personas también fundadas. Lo están contestando y usted lo va a seguir viendo en prensa. Y nosotros, desde luego, pensamos que, sobre todo por responsabilidad política, lo que aquí, en el Parlamento, se debe plantear, y yo lo planteo, es la revisión del modelo que se está prestando, una revisión total, no solamente cómo se va a aplicar este programa, sino cómo se están haciendo las revisiones, cómo se está atendiendo la salud sexual de la población, la salud reproductiva y toda esta parte asistencial. Usted el otro día con esa terminología que a veces suele emplear nos hablaba del modelo hospitalo-céntrico. Pues es a eso a lo que se ha ido, porque es netamente asistencial y se ha perdido la parte preventiva, la parte de educación a la población, el acceso directo, la confidencialidad, toda esa mejora que suponía. Yo creo que el plan ha hecho aguas y así por lo menos nos lo transmiten. Yo le quiero pedir por parte de nuestro grupo la revisión del modelo de atención a la salud sexual y reproductiva de la población, la paralización de este programa, por lo menos en tanto en cuanto no haya pronunciamiento, especialmente por parte de la Sociedad de ginecología y obstetricia y sus propios profesionales. Y le digo que algunos dicen que van a ser insumisos a estas recomendaciones, y espero que sólo sean recomendaciones, que no se pongan trabas. Y, sobre todo, lamento el hecho de que ahora mismo cualquier mujer que quiera una prueba de citología ni la va a pedir, porque se va a presumir que somos presuntamente promiscuas. Con lo cual, yo quiero decirle que lamentamos cómo se ha presentado todo esto, porque, al final, hemos dado la vuelta de una nor-

malización que tenía que haber en esta atención hacia una derivación a una presunción y a una definición que no es acorde con lo que tendría que ser una política, incluso una gestión moderna de salud.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias, señora Arboniés. Señora Rubio, tiene la palabra.

SRA. RUBIO SALVATIERRA: Egun on. Buenos días. Creo que tras la política que con respecto a los centros de atención a la mujer se pretende hacer desde UPN lo que se esconde es un intento de imposición a la población en general de un modelo moral, sexual y, desde luego, de un modelo de restricción económica. Quiero recordar que llevan veinte años funcionando los centros de atención a la mujer como Cofes, atendiendo a mujeres y hombres y que para lograr que comenzaran aquellos centros las mujeres fundamentalmente tuvimos que peleárnoslo con personas bien representativas de UPN precisamente. Quiero recordar que el primero de estos centros, Andraize, emblemático por su significado, en primer lugar fue un centro municipal porque fue más accesible que el propio ayuntamiento atendiera las demandas reivindicativas de la población, y, a partir de ahí, comenzó una atención en la cual las mujeres y también hombres fuimos ganando reivindicaciones y conquistas, porque han sido conquistas, tanto para un libre ejercicio de la sexualidad como fundamentalmente, que es aquí de lo que se trata, para su atención desde un punto de vista educativo, sanitario y de salud integral de las personas.

Lo que se se pretende llevar a cabo, lo que ya ha comenzado a llevarse a cabo es simplemente un regreso al pasado. Es un regreso que tiene directamente costos importantes para la población eminentemente femenina y también, insisto, para la masculina. Estos centros dejan de ser centros de atención global a toda la población, pasan a ser centros de atención a la mujer y solamente en casos muy específicos, como reproducción asistida o en algunas otras cuestiones puntuales, son para población mixta. Dejan de ser de atención global, porque va para atrás todo lo destinado a educación y prevención; en cuanto a prevención, queda claro cuando ustedes para la población en general recomiendan una revisión ginecológica cada cinco años y para la población que llaman con prácticas de riesgo la recomiendan cada tres años.

Ustedes dicen, pese a la dificultad existente, que se define población con prácticas de riesgo a aquellas mujeres activas sexualmente de hasta 65 años que han tenido bien ellas o su pareja más de tres compañeros sexuales diferentes en el último año, o tienen historia anterior de infecciones vaginales o antecedentes de infección por el virus de hepatitis B o VIH. Pues bien, ¿quiénes son las mujeres que pue-

den asegurar que no están dentro de estos grupos? ¿Presumen ustedes que el conjunto de la población femenina, para ser considerada como no de riesgo, tiene unas prácticas sexuales con una única pareja y que, además, su pareja no las tiene o no las ha tenido con otras personas, hombres o mujeres, incluidas en estos supuestos? Si estamos oyendo cada día, señor Consejero, que políticos, obispos y otras personas de esas que aseguran una moral fehaciente y que la exigen a todos los demás bajo su punto de vista están en brazos de personas que tienen estas prácticas consideradas de riesgo. ¿Qué mujer puede asegurar que por ella misma o por su pareja, si la tiene, no está incluida dentro de estas prácticas? Es más, ¿qué mujer puede saberlo?

Creo, señor Consejero, que su política patina por sí misma en cuanto a argumentos. Y, además, temo que se entra en una vía de exigencia de un interrogatorio de índole moral a las mujeres a todas luces intolerable. Las mujeres no tenemos por qué ir dando cuenta de nuestro modelo sexual, primero, al médico de cabecera y, después, a los distintos filtros hasta llegar a quien nos haga una revisión. En todo caso, tendremos que explicar si somos conscientes de tener un problema concreto, tendremos que explicar algunas cosas, pero desde luego no previamente a ello. Habla usted de una bibliografía, de literatura mundial ha dicho en concreto, que avala las propuestas que traen y que ya han empezado a llevarse a cabo. Tengo que decirle que hay una amplia bibliografía –no creo que necesite que se la pase, pero que me brindo en caso de que lo precise– que recomienda las revisiones anuales para las mujeres con práctica sexual activa interrelacionada con otra persona, porque práctica sexual hombres y mujeres la tenemos todos y todas, con y sin pareja. Pues bien, creo que la opinión de los expertos, como mínimo, es contrapuesta entre unas personas y otras.

Es simplemente mentira una afirmación que se hace de que no ha sido detectado ni un solo cáncer mediante la revisiones ginecológicas anuales. Yo misma puedo hablarle de algunos detectados por este método. Y, desde luego, le aseguro que mi conocimiento directo de cuántos han sido detectados es menor con respecto al que puede tener usted por medio de los datos de las personas que trabajan para su servicio.

Dice usted que Tudela y Estella no ofrecen datos relevantes para lo que se pretende con respecto a los centros de atención a la mujer. Hay un aspecto en el que tiene razón; si han empezado en noviembre del año pasado, lógicamente no se pueden considerar durante el conjunto del año pasado como otros que han comenzado antes. Así y todo, yo le haría una recomendación: hable directamente con todas y cada una de las personas que trabajaban en el Cofes de Tudela y ahora lo hacen en el

centro de atención de la mujer; y le agradeceré una información pública de lo que hable con todas y cada una de esas personas.

Además, la asistencia eminentemente sanitaria que proponen para la mujer tiene algunos ejemplos concretos en los que merece la pena detenerse: en concreto, en lo que pretenden ustedes con respecto a los educadores y educadoras sexuales de diferentes titulaciones con formación específica en sexualidad humana que venían ejerciendo tal labor hasta ahora. En este momento, la dirección de recursos humanos, sin tener en cuenta ni precedentes ni contenidos profesionales, ha decidido restringir las titulaciones de acceso a las carreras eminentemente sanitarias, todo dentro de un tono asistencial, y en concreto restringirlas a ATS, matronas, médicas o médicos, psicólogas o psicólogos clínicos. Quiero hacerle varias preguntas al respecto. Primero: ¿se supone que las actuales se van a la calle? La entrada es restringida a esas titulaciones y sin formación específica, ¿percibe usted el problema laboral y el problema de filosofía de servicio que hay en este trasfondo? En los últimos veinte años estas plazas se han cubierto mediante concurso de oposición restringida en Tudela, en comisiones de servicios, en nuevas contrataciones, en Elizondo, en Etxarri, en Estella, en Pamplona, en promoción interna para centros de atención a la mujer directamente el 17 de abril del 98.

Estamos ante una situación, como decía antes, de franco retroceso con respecto a las conquistas obtenidas hasta ahora. Antes hablaba de que Andraize era un centro emblemático y simbólico con respecto a lo que estoy afirmando. Pues bien, Andraize con la derivación de zonas, con el cambio de un nombre que es y ha sido referencia para muchísimas mujeres, con la saturación y la imposibilidad de seguir un tratamiento específico en temas relacionados con prostitución, VIH y demás, con las mujeres derivadas de unos centros en los que están a gusto a otros, realmente también pueden decirle algo con respecto a la política que se propone. Hable directamente, por favor, señor Consejero, con las personas involucradas en los centros de atención a la mujer; y estoy hablando de técnicos y técnicas, y estoy hablando de usuarias y usuarios, hable directamente por favor.

Se nos dice que las personas que pedimos una revisión ginecológica sin una patología no somos pacientes sino usuarias. En primer lugar, es demasiado presumir; en muchas ocasiones en una revisión ginecológica se detectan patologías, cánceres o no. En segundo lugar, si no somos pacientes sino usuarias, ¿por qué tenemos que ir primero a un médico a pedir un volante?. No hay posibilidad de hacer revisiones ginecológicas preventivas a petición de una mujer. Después de veinte años con revisión anual, ¿qué es lo que pretenden ustedes,

que se acuda a la privada? Pues están empezando a conseguirlo. Muchas mujeres que han ido a una revisión ginecológica y se les ha citado no a los cinco años que pretenden, sino a los dos y a los tres años han acudido ya directamente a la privada. Además, señor Consejero, los programas con la población joven en algunas zonas se están suprimiendo incluso, por toda la problemática con la que se están encontrando.

Hay una reducción, aprobada en esta Cámara, del horario de trabajo para el personal funcionario. Eso, señor Consejero, debe conllevar obligatoriamente aumento del personal. No se puede reducir horario de trabajo solamente para vivir mejor, no es lo que han pretendido los sindicatos y organizaciones que han arrancado esta conquista, es para crear puestos de trabajo necesarios para llevar a cabo todos los programas a los que hay que enfrentarse.

Nos encontramos con que después de veinte años en que las mujeres podían de verdad elegir a su ginecóloga o a su ginecólogo, después de veinte años en que las mujeres podíamos de verdad elegir centro, ahora nos vemos obligadas a derivarnos a aquellos sitios, a aquellos ambulatorios a los que no queríamos ir para una revisión anual. Nos vemos obligadas a eso o a la privada.

Por último, quiero comentarle una cuestión. ¿Cómo va a funcionar la atención a la población joven, menor de dieciocho años? Debo decirle que en urgencias, en Tudela, y supongo que también en otros sitios, para dar la píldora postcoital –no estoy hablando de la píldora abortiva, sino simplemente de la píldora postcoital– se exige un consentimiento informado del padre o de la madre. ¿Debe una persona menor de dieciocho años llevar un consentimiento informado en estos casos? Las personas menores de 18 años con relaciones sexuales no van a pedir un consentimiento paterno en la mayoría de los casos, y, sin embargo, usted conoce que las enfermedades de transmisión sexual y VIH afectan más a gente joven.

Muchas de las enfermedades de transmisión sexual se dan, además, en parejas consideradas estables, bien porque una de las dos personas tiene otras relaciones o bien porque las ha tenido en otras ocasiones e incluso sin saberlo puede tener algún tipo de infección.

¿Qué es lo que llaman ustedes screening? Es preciso definirlo en concreto. ¿Por qué sigue figurando en los ordenadores a la hora de una citación la palabra indigente?, ¿hasta dónde se va a llevar la división entre los distintos tipos de población?

Creo que Navarra hasta ahora ha demostrado tener una opción de política de educación y atención sexual por detrás de las necesidades de la población. La política llevada con respecto a la

interrupción de embarazo es un escandaloso ejemplo, la no puesta de medios por parte de su consejería para que los hospitales de Navarra tengan la píldora abortiva es otro escandaloso ejemplo y, desde luego, la política global que se pretende llevar con los centros de atención a la mujer simplemente la completa, señor Consejero.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias, señora Rubio. Señor Consejero, tiene la palabra.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): Muchas gracias, señor Presidente. Voy a responder a las intervenciones que se han producido como respuesta a mi comparecencia, con la salvedad de que, tal y como establecí en la primera comparecencia en esta Comisión, no voy a responder a ese grupo parlamentario, el Grupo Parlamentario de Euskal Herritarrok, que no condena la violencia. Como calificqué en su momento, me parece un auténtico cinismo que estén aquí hablando de salud y de sanidad y, por otra parte, no hablen en unos términos coherentes también de la situación de crímenes y de asesinatos que conocemos patentemente y de forma trágica en nuestra sociedad. Mantengo ese criterio y, además, lo reitero creo que con mayor justificación en estos momentos. Pero sí que haré una referencia, evidentemente, a lo que ha aportado la intervención de la portavoz del grupo socialista y también de la portavoz del grupo de Izquierda Unida, Isabel Arboniés.

Yo, señora Torres, creo que ha quedado bastante patente en su intervención que usted estuvo ausente en la anterior Comisión. Usted estuvo ausente y seguramente tiene una información facilitada evidentemente por sus compañeros, y también tiene la información que facilité por escrito, que, como antes decía, no es sino el guión de las palabras que argumenté desde esta tribuna. Realmente, si usted hubiera estado presente en la anterior sesión, seguramente varias de las cosas que ha preguntado no las habría preguntado porque fueron específicamente respondidas en aquel momento. En cualquier caso, con mucho gusto y mientras el Presidente lo permita, por supuesto que se lo volveré a relatar tal y como lo dije en su momento.

Quisiera, señora Torres, decir que el Plan de reforma de la atención ginecológica, obstétrica y de la planificación familiar y la educación sexual es un programa y un proyecto de reforma. No estamos hablando –lo indiqué en aquella comparecencia y lo indiqué en la presentación del propio plan– simplemente de un nuevo modelo de gestión o de un nuevo modelo de organización, sino que estamos haciendo algo que entendemos que es una reforma esencial en un campo de la sanidad navarra que necesita esa reforma. Y realmente, como creo que todos ustedes saben porque la vida política está llena de ejemplos, cuando se produce una reforma,

evidentemente, esa reforma muchas veces tiene sonoros silencios en las personas que se ven beneficiadas por la misma, pero sin embargo también tiene sonoros ataques por parte de personas que se ven contrariamente afectadas dentro de esos procesos de reforma.

La actitud política en este tema y en tantos y tantos temas yo creo que tiene que ser la de saber discernir entre los intereses legítimos y los que no son tan legítimos, y, desde luego, saber dónde están siempre los intereses del común de los ciudadanos, los intereses generales. Y, por tanto, yo he dicho en algunas otras ocasiones, lo voy a volver a reiterar ahora, que creo que no debe evitarse ningún tipo de decisión que beneficie al interés general, aunque esta decisión no sea en principio compatible o sea perjudicial para los intereses corporativos o los intereses personales.

Y dicho esto como principio, yo creo que hay que ir un poco más allá y darse cuenta de que detrás de algunas opiniones, detrás de algunas presuntas aportaciones, detrás de algunas críticas pueden existir intereses concretos, personales, grupales, corporativos que realmente hacen que el político tenga que trabajar precisamente para discernir unos intereses de otros. Este es nuestro trabajo en la política, no es un trabajo meramente administrativo, es un trabajo, entiendo yo, reformista donde debe ser reformista y, desde luego, siempre que se deba reformar, orientar esas reformas al interés general y hacerlo por encima de los intereses corporativos que hay que saber diagnosticar; encontrar y discernir de los intereses generales. Esto es algo que caracteriza mi trabajo en el Departamento de Salud, y a mucha honra, y desde luego, el día en que yo no pueda hacer las cosas con estos criterios, evidentemente, estaré de más en la política, me retiraré y haré otras cosas. Esto quiero decirlo sobre todo a la hora de que todos calibremos ese cúmulo de escritos periodísticos que hemos leído en los últimos años. Quiero decirle, en primer lugar, que los escritos periodísticos son de una minoría de personas que en un momento se encuentran motivadas para expresar su opinión. A mí me parece que es muy legítimo, y no sólo es legítimo en sentido genérico sino que además es útil para el Departamento de Salud. Quiero decirle que la utilidad del diálogo no sólo la encontramos en los escritos periodísticos, la encontramos en nuestra forma común de hacer las cosas. Al plan de atención a la mujer no se llega simplemente por un decreto, no se llega simplemente porque un día el Gobierno reciba una propuesta de este Consejero y la publique en el Boletín Oficial, se llega a ese modelo, a ese procedimiento, a ese plan después de tener innumerables reuniones con todas las partes afectadas dentro de la red asistencial. Yo puedo avalar de forma fehaciente, a

través de documentos y de actas, que ha habido un interés permanente y palpable en el Departamento de Salud para tratar de conciliar lo que nosotros entendíamos que era un modelo de reforma necesaria para la sociedad navarra con los intereses de los profesionales. Y quiero decirle que esto que podemos constatar es algo que hemos cumplimentado adecuadamente con un enorme y significativo número de profesionales, no con todos, y efectivamente hay profesionales que se han expresado en los medios de comunicación, pero yo estoy seguro que del conjunto de los profesionales del campo de la ginecología, la obstetricia, la planificación familiar y la educación sexual en Navarra, la inmensa mayoría están a favor de este planteamiento reformista porque ellos saben mejor que nadie o tanto como el que más que éste era un planteamiento necesario. Por cierto, quiero citarle anecdóticamente que posiblemente una de las aportaciones periodísticas que hemos leído en un rotativo navarro está firmada por una persona que también en otras ocasiones se expresó en unos términos críticos sobre el modelo de reforma emprendido y que, por cierto, en su última carta al director decía que UPN había hecho algo que era un plan de izquierdas. Yo no sé qué alcance le quiere dar a esa adjetivación, pero usted puede valorarlo sobre todo en la coherencia de su propio planteamiento político al respecto.

Y quisiera hacer una referencia no solamente a estos profesionales, como digo, minoritarios que en algunas ocasiones se expresan en términos críticos y cuya crítica es de agradecer, pero los críticos también tenemos que saber discernir los intereses que hay detrás de esa crítica. Quiero decir que no solamente quiero hablar de esto, sino que quiero hablar también de los Cofes. Yo he sido muy respetuoso con el proceso y con lo que ha ocurrido hasta llegar a la situación actual y concretamente con lo referido a los Cofes. Quiero recordarle a usted algo que la señora Arboniés vivió en primera persona, junto con algunos otros Parlamentarios aquí presentes, los que estuvieron también presentes en la anterior legislatura, cuál fue la gestión política del tema de los Cofes. En principio, el planteamiento inicial del decreto de reforma de los centros de atención a la mujer era un decreto que contemplaba el papel de los Cofes, entendíamos nosotros, de una forma absolutamente respetuosa, en primer lugar aceptando cuál era su papel sanitario, pero además de aceptar ese papel sanitario, dándoles nuevas capacidades y planteándoles su incorporación a este nuevo modelo asistencial de centros de atención a la mujer. Usted sabe por referencias y otros Parlamentarios saben directamente que esta misma Comisión, en la anterior legislatura, se reunió varias veces e incluso emitió acuerdos y exigió que el Gobierno no introdujera a los Cofes en el primer decreto de reorganización y de creación de

los centros de atención a la mujer. Hubo manifestaciones en esta misma calle, detrás de esta ventana. En fin, no calificaré esas manifestaciones, sé que eran unas manifestaciones que se hacían evidentemente con un claro carácter propagandístico y cuando ni siquiera se conocían los textos de los decretos en los que estaba trabajando el Gobierno. Y, por cierto, eran unas manifestaciones que expresaban a título de grito una serie de eslóganes absolutamente irrepetibles ante estos micrófonos y, desde luego, creo que ofensivos para nuestro trabajo y para nuestro partido, UPN. Pero, sin embargo, recogimos lo que fue una decisión de la Comisión y en el primer decreto no se incorporó a los Cofes. Dejamos eso en el camino, pero estábamos convencidos de que nuestro planteamiento general era compatible con la decisión de este Parlamento en materia de Cofes.

Pero posteriormente ocurrió algo que creo que ninguno de los que utilizaron en aquel momento los altavoces de esta Comisión preveían, y es que al cabo de pocos meses de puesta en funcionamiento de los centros de atención a la mujer y, sobre todo, después de pocos momentos de haber definido cuáles eran los rangos directivos de gestión de estos centros de atención a la mujer, vinieron los Cofes al Departamento de Salud, al Servicio Navarro de Salud, a solicitar su incorporación dentro del planteamiento inicial del decreto y su asignación también como centros de atención a la mujer, con el respeto a las funciones que venían desarrollando. Y esto que a lo mejor causa excepticismo es algo que no solamente digo y afirmo, sino que puedo constatar, porque efectivamente registraron escritos en el Departamento de Salud, en el Servicio Navarro de Salud, solicitando su incorporación en el modelo. Y no sólo registraron estos escritos, sino que posteriormente se acordó con ellos, de forma absolutamente consensuada, su incorporación en unos términos que fueron recogidos en el Decreto Foral 119/99, de 19 de abril, por el que se reguló precisamente la adscripción de esos centros de orientación familiar y educación sexual a la ordenación de las prestaciones en tocoginecología y planificación familiar establecidas en el Decreto Foral 259 del año 97. Es decir, los Cofes solicitaron entrar en este planteamiento porque vieron que era un planteamiento perfectamente compatible con su trabajo y, además, porque les merecía incluso diría yo que confianza política.

Esto ocurrió y yo no quise hacer de aquello una salva de honores a nuestras pretensiones iniciales —que desde luego no habían sido entendidas adecuadamente por parte de la anterior Comisión de Sanidad— y a la final los Cofes, que lo solicitan, lo aceptan en unos términos consensuados y se incorporan al planteamiento de los centros de atención a la mujer. Por tanto, les solicitaría que no vengan

ustedes a defender a los Cofes más de lo que los propios Cofes se saben defender por sí mismos. Los Cofes se han sabido defender y han sabido plantear cuáles eran sus alternativas y sus planteamientos en esta materia, y eso ha sido compatible con nuestras necesidades, nuestras pretensiones y, por tanto, se han incorporado al modelo.

Así que yo creo que aquí no cabe que ustedes me quieran decir lo que opinan los Cofes, porque lo que opinan los Cofes lo conozco perfectamente porque no solamente hemos tenido reuniones con ellos y se han incorporado voluntariamente a este proceso, sino que además nos lo han puesto por escrito y es algo que se puede evidenciar mucho más allá de mis propias palabras.

Quisiera decirle también, señora Torres, que creo que está usted desinformada sobre la situación de Ansoáin. Yo estuve esta misma semana, creo que el martes o el miércoles, con el alcalde de Ansoáin y con una concejala responsable del área de sanidad del Ayuntamiento de Ansoáin, y no me han expresado de ninguna manera nada de lo que usted ha dicho. No hay una preocupación, todo lo contrario, lo que hay es un entendimiento de que Ansoáin va a tener mucha mejor atención en el mismo momento en el que se inaugure, como centro de atención a la mujer, el centro Andraize. Y esto, como expresé en la Comisión anterior, que usted no tuvo ocasión de escuchar, se va a realizar en cuanto finalicen las obras, que será posiblemente en el mes de abril, y el posterior equipamiento. Por tanto, vamos a inaugurar, como centro de atención a la mujer, el último de los que estaban contemplados en la planificación, con independencia de los desarrollos futuros, que también anticipé en esta misma Comisión, para un mayor alcance de cobertura poblacional en la zona, efectivamente, de Ansoáin y Rochapea. Pero no hay en absoluto ninguna inquietud, por lo menos por parte de quienes me la deberían haber expresado, que son el alcalde y la concejala correspondiente. Bien es cierto que me dijeron que había un intento de manipulación dentro de Ansoáin con una recogida de firmas. Ellos alegaban que ésa era una actitud politizada, una actitud de determinados grupos que no están conformes con nada de lo que se haga en términos de progreso en nuestra sociedad. Yo estoy seguro de que usted en sus palabras no ha querido recoger ni mucho menos esas reivindicaciones que fueron tildadas de politizadas por parte del propio alcalde de Ansoáin.

En cualquier caso, en Ansoáin saben —lo sabe el alcalde, lo sabe el ayuntamiento— que va a haber una aportación importante en términos asistenciales, porque lo que se les va a ofrecer no es esto que existía antes, como usted decía, una ginecóloga de Andraize iba por Ansoáin de vez en cuando. Es decir, no se les va a ofrecer esto, se les va a ofrecer

un auténtico centro de atención a la mujer en la cercanía y en él se les va a poder asistir y ofrecer todo el desarrollo sanitario múltiple, polivalente, multidisciplinar que ofrecen los centros de atención a la mujer, que, evidentemente, es muchísimo más, infinitamente más que el propio trabajo que haga una ginecóloga de Andraize que de vez en cuando vaya por Ansoáin. Es un planteamiento mucho más adecuado a las necesidades y, desde luego, mucho más rico en posibilidades asistenciales.

Sobre el tema de la infertilidad, le diría, señora Torres, lo siguiente. También dije en la anterior comparecencia, o en esta comparecencia en la parte previa del otro día, que cuando yo llegué al Departamento de Salud, en el mes de septiembre de 1996, se daba una situación en la que no existía ningún tipo de recursos. Había una lista de espera y no había ningún recurso para dar salida a esa lista de espera. Yo indiqué por qué razón se produjo esto, por el hecho de que se dejó de recibir pacientes de Navarra en un centro de referencia, que era el Hospital de Cruces, en Baracaldo, y la situación fue la que fue, la de que no había ningún tipo de recurso en aquel momento y existía una lista de espera cada vez mayor. Y me habla usted precisamente, cuando ustedes tuvieron anteriormente responsabilidades en esta situación, de cuál es nuestro plazo para solucionar esta importante materia. Pues, efectivamente, lo estamos haciendo ya, lo comenté en la anterior comparecencia, a través de un mecanismo inicial de concertación con un centro en el cual estamos obteniendo un adecuado servicio para las necesidades que se demandan, un centro que, efectivamente, no está en la Comunidad Foral de Navarra pero que está a 45 minutos en automóvil de Pamplona, y yo creo que eso es algo que marca un factor de suficiente cercanía como para que podamos creer que ése es un recurso que en un campo tan sensible como éste pueda ser utilizado con provecho por parte de las parejas con problemas de fertilidad.

Pero es que no solamente estamos haciendo esto de la concertación de estos servicios demandados, sino que también estamos poniendo en marcha algo que estaba ya impreso en el propio planteamiento inicial de los centros de atención a la mujer y de la reestructuración de estos servicios, que no es sólo lo que tiene que ver, y lo expliqué en la anterior comparecencia, con los centros de atención a la mujer, sino lo que tiene que ver con la terciarización del servicio hospitalario. Y uno de los ejes de la terciarización de ese servicio hospitalario es el campo de la fertilidad, y precisamente esto está impreso en la letra original del decreto; por tanto, ese decreto ya marcaba un trabajo y un camino para desarrollar nuestras acciones en esta materia.

¿Por qué no –pregunta la señora Torres– la FIV, la fertilización in vitro, en Navarra? Bueno, eso es algo que todavía no se ha decidido, pero sí que le digo que ya hemos comenzado por disponer esa unidad de fertilidad, que es algo que no existía y que hemos puesto en funcionamiento, y el alcance de las técnicas será el que establezca y demande la calidad que queramos que esas técnicas tengan. En principio, parece plausible pensar que un centro que tenga un mayor número de casos es un centro que permite una mayor eficacia de esas técnicas en estas materias; se necesitan equipos expertos, se necesitan equipos que estén veinticuatro horas dispuestos a realizar una determinada pauta asistencial en estas materias. Por tanto, lo que nos tiene que guiar en esto, como en todo, es que, efectivamente, podamos alcanzar una mayor calidad, y si esa calidad tiene que ser a costa de una determinada cercanía, yo creo que es una calidad bien aplicada.

No sé si vamos a hacer o no vamos a hacer fertilizaciones in vitro, lo que sí sé es que hemos empezado por el desarrollo de las técnicas de inseminación artificial, que son más sencillas, y posteriormente el alcance del servicio será el alcance que permita atender a la demanda en unos términos concretos de calidad. Por tanto, no estamos descartando nada, y desde luego estamos haciendo cosas que antes no se habían hecho. Eso usted tendrá que reconocerlo y, si no, estará negando una evidencia palmaria.

No creo que sea éste el momento de que yo hable sobre la interrupción voluntaria del embarazo o la utilización de la píldora. Yo ya me he expresado. Creo que hay ahora mismo un falso debate respecto a la píldora RU 486, porque desde luego no es eso lo que en estos momentos justifica la reedición de un debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo o el aborto terapéutico en la Comunidad Foral. Yo creo que es una mala excusa que, al hilo de la aportación de la píldora, tengamos que estar hablando de la interrupción voluntaria del embarazo. Mi criterio es muy claro: la píldora ni la pide ni la deja de pedir el Departamento de Salud, la tendrán que pedir los hospitales dentro de las pautas que están trazadas con carácter general en toda España para el acceso a esa píldora. Hay una serie de condicionantes que impone el Ministerio de Sanidad y Consumo si los hospitales la quieren solicitar para realizar abortos legales o terapéuticos o interrupciones voluntarias del embarazo, como quieran ustedes decirlo. Lo pueden hacer los hospitales, pero desde luego no le corresponde al Departamento de Salud la solicitud. En cualquier caso, yo simplemente digo que no es nuestra actitud la de propiciar o dejar de propiciar que se hagan abortos en Navarra, esto depende de los profesionales, a los cuales no solamente reco-

nocemos en el título legal su derecho a la objeción de conciencia, sino que además auspiciamos activamente ese derecho. Y ciertamente, en este caso, mi opinión moral o política sobre el aborto no entra en lo que tienen que ser mis actitudes de gestión, que son estrictamente las de respetar ese planteamiento ético de los propios profesionales, que defenderemos activamente si fuera necesario porque nos parece que es una cosa sustancial en esta materia y en muchas otras.

Ya le referí, señora Torres, mi actitud ante los conflictos y los problemas. Yo espero que todos seamos responsables como para saber discernir, cuando exista un conflicto, qué es lo que puede haber detrás de ese conflicto y, por lo tanto, tomemos decisiones políticas en términos de justeza y adecuación a los intereses generales. Lo que sí que le digo es que me parece que su apreciación tiene un sesgo, el de que parece que el juez de si estamos haciendo o no un adecuado planteamiento frente al screening del cáncer ginecológico tiene que ser la Sociedad española de ginecología y obstetricia. Ésta es una sociedad y hay otras sociedades. Usted solamente ha hablado de esta sociedad y no ha hablado de otros elementos de juicio que son tan importantes o más que lo que diga esta propia sociedad, porque ha faltado en su intervención, señora Torres, una referencia, y yo hubiera solicitado que fuera una referencia políticamente valiente, a lo que son los informes que yo les he aportado, que son unos informes hechos estrictamente por técnicos sanitarios de Navarra y que mantienen unos términos muy claros sobre las líneas por las cuales se tiene que trazar una programación adecuada del screening del cáncer ginecológico. Usted no ha hecho referencia a esto. En cualquier caso, lo que le quiero decir es que, con independencia de lo que diga la Sociedad española de ginecología y obstetricia, también van a emitir informes otras sociedades, y específicamente el propio Colegio de Médicos de Navarra ha sido requerido para colaborar en esta materia y ha encargado ya a sus distintas secciones colegiales, en principio a la de ginecología, la de medicina familiar y comunitaria, y también la de salud pública y epidemiología, la cumplimentación de informes que ilustren el desarrollo futuro de este programa. Nos atenderemos a lo que esos informes establezcan, no exclusivamente a unos informes que pueden ser de parte, que pueden esconder algún tipo de intereses legítimos o no, sino a otro conjunto de informes que también hemos solicitado. Yo lo que les he dicho y les reitero es que no estamos más que trazando una estrategia, estamos planteando cuál va a ser el desarrollo futuro de este plan de screening de detección precoz del cáncer ginecológico. No estamos en este momento anunciando ninguna decisión más que la de que queremos llevar a efecto lo que los expertos nos están diciendo que es conveniente para la

salud de las mujeres de Navarra y, por tanto, nosotros estamos validando nuestro trabajo también con informes exteriores. ¿Con qué informe nos quedaremos? Espero que con todos, porque todos deben tener una base de coherencia fundamental. Lo que sí que creo es que la opinión que usted daba es sesgada y que parece que el único referente, el único fiel de la balanza lo tiene que dar la Sociedad española de ginecología y obstetricia.

En cualquier caso, nos parece muy bien un aspecto de lo que se recoge hoy mismo en una carta al director en un periódico de Navarra, y es eso de que los mismos ginecólogos, la misma Sociedad de ginecología y obstetricia, ya esté cuestionando realmente nuestras actuaciones y ya estén reconociendo que aquí hay un problema que tiene una nueva visión a la luz de los conocimientos científicos. Hasta hace muy poco tiempo, señora Torres, señores Parlamentarios, se descartaba incluso la posibilidad de que un cáncer pudiera tener un origen viral, y ése es un origen que ya está determinado en este tipo de neoplasias. Eso hace que cambie absolutamente la consideración de las actitudes de salud pública y de prevención en estas materias. No sé si saben ustedes que hace diez meses se reunieron en Navarra una serie de expertos en un curso sobre la intervención de los virus en los carcinomas, en los cánceres, y se habló, y es algo que está en la actualidad científica, de la posibilidad de que se encuentre una vacuna contra el virus del papiloma y que esta vacuna se pueda incorporar y sea una vacuna preventiva del cáncer ginecológico. Yo les pregunto, y se lo pregunto tanto a usted como a la señora Arboniés porque también ha hecho una mención al respecto: cuando ustedes hablan de si se deben o no generalizar estas pruebas de screening, estas pruebas presuntamente preventivas, estas revisiones, si nosotros incorporáramos esa vacuna, después de estar dispuesta esa vacuna tras la investigación correspondiente, y pudiéramos erradicar el virus y, por tanto, erradicar la consecuencia cancerosa de ese virus, ¿tendríamos que seguir desarrollando esas medidas preventivas o presuntamente preventivas? Es una pregunta que ahí queda, porque parece que aquí todo se quiere establecer en términos estrictos de presuntos derechos y realmente la ciencia va por otra línea que desde luego no es la que en sus intervenciones parecen haber avalado.

No hay, por tanto, ningún criterio economicista en estas materias, hay simplemente la aplicación de unos informes sobre los que les vuelvo a pedir, tanto a usted como a la señora Arboniés, una opinión política comprometida. ¿Les parece que esto es válido, que no es válido? Si es válido, ¿qué es lo que hay que hacer a continuación? Me parece que es algo que ha faltado en sus intervenciones, que se han situado simplemente en un estrato político creo

que bastante poco riguroso con lo que es en estos momentos la situación de estas materias. Y simplemente termino, señora Torres, diciéndole que yo no he dicho que la citología no sea eficaz o efectiva, no lo he dicho. Lo que estoy diciendo es que hay que reconsiderar la pauta de indicación de esa citología, y lo que estoy diciendo es que la citología aplicada en una pauta incorrecta es una técnica incorrecta. Esto se lo digo absolutamente de forma clara. Por supuesto que la citología es eficaz, y cada vez más seguramente, como técnica diagnóstica y pronóstica, pero lo que está aquí cuestionándose exclusivamente es la pauta de realización de esas citologías, y es sobre lo que habla el informe que les he presentado, el informe del año 94 o la carta que muy atinadamente escribe hoy en la prensa la doctora Puras, que habla de que la citología es una técnica evidentemente adecuada para su utilización en algunos casos pero que se está cuestionando —y lo dice la doctora Puras— la pauta de desarrollo de realización de esas citologías, que es algo absolutamente coherente, compatible y perfectamente aceptable dentro de lo que esta misma doctora y el conjunto de sus compañeros firmaron y rubricaron en este informe. Es absolutamente lo mismo, están diciendo absolutamente lo mismo, y lo que se está cuestionando es la pauta de realización de esas revisiones y de esas citologías, por mucho que alguien quiera aquí alegar otro tipo de razones que desde luego no son las que ilustran el trabajo del departamento.

Paso a responderle, señora Arboniés, diciéndole, en primer lugar, que cuando habla del malestar de muchos profesionales, dígame a qué profesionales se refiere, porque desde luego yo creo que hay muchos más profesionales que están aceptando perfectamente cuál es nuestro trabajo en esta materia porque precisamente nuestro trabajo en esta materia consiste en respetar la opinión de los profesionales. Usted me viene aquí a citar a una serie de profesionales, que no sé cuáles son, ni me lo tiene usted por qué decir. También le digo que hay profesionales, señora Arboniés, que cuando están trabajando sanitariamente en el Servicio Navarro de Salud dicen una cosa y cuando se van de concejales a un ayuntamiento dicen otra cosa completamente distinta; por ejemplo, en el caso de los Cofes, y esto lo puedo avalar y certificar. Pero, en cualquier caso, cuando usted habla de los profesionales, yo le pido también una opinión políticamente comprometida y valiente sobre lo que han dicho estos profesionales, que éstos sí sabemos quiénes son con nombres y apellidos, y cómo de forma consensuada han logrado una serie de propuestas que desde luego nosotros queremos aplicar. No me hable usted de los profesionales en un sentido etéreo. Si queremos hacer caso a los profesionales, aquí los tenemos, con nombres y apellidos, y vamos a ver si realmente tenemos que cumplimentar las

recomendaciones que de una forma clara y taxativa nos están diciendo.

Por tanto, señora Arboniés, le pregunto: ¿me estoy inventando los informes, son ciertos o no son ciertos?, ¿qué actitud gestora tengo yo que desarrollar después de conocer estos informes? Porque mire, yo me someto a su juicio en cuanto a mi actitud política y gestora en estas materias, que se concreta en que hay unos informes, les doy validez a estos informes, hay una realidad asistencial, se nos propone que el Departamento de Salud desarrolle un programa, un protocolo y un plan de comunicación sobre esta materia y que esté orientado, como les he puesto por escrito en el esquema, a unas cuestiones muy claras: por una parte —y se lo voy a leer— “a determinar la población diana y a hacer una actuación trienal sobre esa población diana. Segundo: a no fomentar las citologías en la población general. Tercero: a implementar medidas para propiciar su aceptabilidad por las mujeres”. Éste es el programa de detección del cáncer ginecológico, éste y no otra cosa es ese programa de detección. Entonces, yo lo que digo, señora Arboniés, es que me someto a su juicio político sobre sí lo que hemos hecho es lo que en buena práctica política hay que hacer; hay unos informes, hay unos planteamientos y una realidad asistencial, vamos a actuar sobre eso. Usted, en cambio, creo que está incidiendo en unas cuestiones que, desde luego, no entran a juzgar si nuestro papel es el correcto o no a la luz de estas aportaciones, sino simplemente está usted derivando esto hacia unos términos políticos absolutamente incompatibles, por cierto, con lo que es la realidad sanitaria, asistencial, epidemiológica y de la salud pública.

Le quiero decir, señora Arboniés, que me sorprende que usted, representando presuntamente a Izquierda Unida, aunque también en todo este barullo que hay de Izquierda Unida de Navarra IU-EB, Ezker Batua, federal, no federal, autodeterminativo no autodeterminativo, yo la verdad es que ya no sé el contexto de Izquierda Unida en materia sanitaria cómo se construye a nivel nacional o estatal como diría usted, pero lo que sí le digo, señora Arboniés, es que en Izquierda Unida hay eminentes profesionales en otras comunidades autónomas en materia de salud pública, y le puedo hablar de personas que trabajan y militan en Asturias, en Valencia, en Andalucía, y que son personas que han publicado actitudes de salud pública absolutamente compatibles con la que nosotros queremos desarrollar en esta materia. Si quiere, le puedo pasar la referencia de estos profesionales y además de profesionales militantes de Izquierda Unida para que le ilustren a usted en materia de salud pública, porque me parece que le haría falta, como a todos nos hace falta tener el conocimiento

que esos profesionales que usted dice pueden aportarnos.

Realmente usted sigue sin hablar de estos informes, usted habla de unos profesionales que no se sabe cuáles son. Usted ha cometido errores desde el punto de vista sanitario que yo no estoy aquí para corregir. Yo puedo ponerme a su disposición, como no puede ser de otra manera, para que usted juzgue mi trabajo político, pero desde luego yo no estoy para darle lecciones sanitarias, de salud pública y de epidemiología, señora Arboniés, y ha sido una barbaridad lo que usted ha dicho de que los programas de prevención deben ser universales. Eso es falso. Algunos programas de prevención pueden ser universales: el de mama lo es en unos grupos de mujeres y, por ejemplo, el Plan de detección de la sordera del neonato, un programa que nosotros pusimos de una forma decidida porque se avaló a través de una evidencia científica que los propios profesionales nos indicaron, ése también es un programa universal, porque se hace a todos los niños que nacen en Navarra en centros públicos o privados. Es falso que todos los programas de prevención tengan que ser universales, porque precisamente el éxito de muchos programas de prevención consiste en determinar grupos de riesgo e ir a por esos grupos de riesgo. Por ejemplo, también hay uno que está en marcha desde incluso antes de que nosotros llegáramos al Departamento de Salud, que es el de la prevención de las malformaciones congénitas y síndromes de Down, que solamente se focaliza en grupos de riesgo, es decir, en mujeres que han tenido una concepción después de unos años, porque esto es lo que dice la evidencia científica, dice que efectivamente esos son grupos de riesgo y no otros.

Por tanto, es una auténtica barbaridad desde el punto de vista sanitario, de la salud pública e incluso desde la conceptualización política de la sanidad y de la salud pública que usted diga de esta forma tan frívola que todos los programas de prevención deben ser universales. Esto no es así de ninguna manera, como tampoco es así de ninguna manera que usted diga que esto solamente se orienta hacia un recorte y para que nosotros coartemos esa capacidad de que la lista de espera contenga a estas personas. Estos profesionales que han firmado estos informes de los que ustedes no quieren hablar, realmente no están guiados en su trabajo por querer reducir o querer dejar de reducir la lista de espera, están diciendo unas cosas muy claras en unos términos muy claros y nosotros las aplicaremos de acuerdo con estos parámetros que les decía, y, al final, veremos si conseguimos reducir o no las listas de espera, y, si no, haremos lo correspondiente para dar la asistencia que merecen todas las mujeres de Navarra.

Hay también una cuestión que usted dice y que esto ya supone ignorancia incluso del Boletín Oficial de Navarra al preguntar cuándo se va a definir la cartera de servicios. Precisamente, señora Arboniés, en el campo de la obstetricia, la ginecología, la planificación familiar y la educación sexual no existía ninguna cartera de servicios antes de que se aprobara el decreto foral de referencia y de implementación del plan de atención a la mujer. No existía esa cartera de servicios, y por primera vez precisamente en ese decreto es donde se establece la cartera de servicios, los derechos y las actitudes y capacidades asistenciales hasta un detalle absolutamente claro y comprometido con las mujeres de Navarra y con la población navarra sobre estas materias. Por tanto, esa cartera de servicios se la puede usted mirar en el Decreto 259/97, de 22 de septiembre, porque ahí están expresadas perfectamente estas cuestiones que antes no estaban expresadas.

Ya le he comentado, señora Arboniés, al hilo de la respuesta a la señora Torres, qué es lo que ustedes pueden avalar como actitud política en el tema de los Cofes y qué es lo que nosotros hemos hecho en el tema de los Cofes. Lo que le digo es que no se ha perdido, de ninguna manera, ningún programa de los que desarrollaron los Cofes, se ha complementado su actividad y, por cierto, no sólo se ha complementado su actividad, sino también sus recursos, sus medios humanos y materiales, su capacidad de trabajo dentro del sistema, sus infraestructuras. Por eso estamos haciendo obras, por eso estamos equipando Andraize, precisamente porque se les ha incorporado algo nuevo que los propios profesionales estaban pidiendo. Ellos tienen todo el respeto a la hora de desarrollar estos programas, y no sólo lo tienen, sino que además se les ha considerado centros de referencia para estas materias dentro de toda la red de los centros de atención a la mujer.

Entonces, por tanto, señora Arboniés ni nadie más no me cuenten una historia que es una historia inventada y que, desde luego, no es la historia de la realidad. Ustedes sí que no tienen ni idea de lo que está ocurriendo en los Cofes ni de cuál es en estos momentos su nivel de implicación y de participación en este programa. No sé si por eso hay quienes escriben que esto es un plan de izquierdas, pero lo cierto y verdad es que ellos están conformes con el planteamiento que nosotros estamos desarrollando y eso hace que ustedes tengan que salir de determinados esquemas apriorísticos del pasado, según los cuales parece que ustedes son los que defienden a los Cofes y nosotros quienes queremos ponerles la puya permanente, cosa que es absolutamente mendaz.

Por último, quiero decir algo más concreto si cabe. Se plantea también por usted, señora Arbo-

niés, cómo vamos a exigir a las mujeres que le digan al médico cuáles son sus prácticas sexuales para que se sepa si están o no están dentro de un grupo de riesgo. No hay ninguna obligación de hacerlo, evidentemente, claro que no la hay, lo que hace el servicio sanitario público es ofrecer unos determinados recursos y unos determinados alcances asistenciales. Nadie tiene la obligación de hacer por su salud más que él mismo y no tanto como lo quiere hacer el sanitario. Esto es algo así. Es como si una persona tiene una tos y va al médico y le pregunta si fuma. Pues si quiere que le diga si fuma y, si no quiere, que no se lo diga. Pero realmente nosotros no estamos obligando a nadie a decir nada que no quiera decir. Ahora, eso sí, la responsabilidad sobre la salud y la responsabilidad sobre la utilización sanitaria es, en primer lugar, del usuario, del paciente, de la persona. Eso absolutamente innegable. Por tanto, nosotros creemos que la forma más efectiva de trabajar es determinar estos grupos de riesgo y, a partir de ahí, el manejo clínico de las pacientes y el conocimiento por parte del médico y de las médicas o de las médicas, como quieran ustedes decirlo, de ese valor tan esencial del sistema, como es la relación médico-paciente, permitirá tener este tipo de conocimiento. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señor Consejero. No sé si algún portavoz desea un segundo turno. Les recuerdo que son cinco minutos como máximo. Tiene la palabra la señora Torres.*

SRA. TORRES MIRANDA: *Gracias, señor Presidente. Tranquilo, señor Consejero. Parece que el enfado y el nerviosismo no son buenos compañeros. Es evidente que nosotros queremos responder a los intereses generales de la población, y estamos de acuerdo con el decreto foral tal como se redacta, pero la forma de llevarlo a cabo no es la misma desde una política de derechas o desde un partido progresista. Podremos hablar de los intereses generales, pero no actuamos de la misma forma, y, al final, a lo que se llega es a un plan que no está funcionando bien porque está muy saturado, hay muchas listas de espera y la población está mal atendida, y eso habrá que solucionarlo.*

Parece que aquí estamos como Alicia en el país de las maravillas, y la realidad, desde luego, desde nuestro punto de vista como partido progresista, es otra. No se está llegando a un filosofía de educación sexual para toda la población, jóvenes, mujeres y hombres. Parece que esto, al final, se define solamente en una atención ginecológica de las mujeres, pero queremos que sea para toda la población, también para los hombres. Ya sé que el nombre de centro de atención a la mujer no invita a que acuda el hombre, pero quisiera también saber la afluencia de los hombres a estas consultas.

Que me diga que no hay preocupación, inquietud en Ansoáin es mentira. Aquí mismo tengo una carta de la concejala de Ansoáin y voy a leerla textualmente. "En Ansoáin nos sentimos totalmente engañados. Antes de que se constituyeran los CAM, una ginecóloga de Andraize se desplazaba a Ansoáin para prestar sus servicios en nuestro centro de salud. Se dejaron de ver embarazos que se veían en el propio Andraize. A principios de este año, se nos dice que de forma inminente Andraize se constituye en un CAM, que la ginecóloga no se desplazará a Ansoáin porque el nuevo centro de atención a la mujer prestará un servicio más completo en el área de obstetricia, en el área ginecológica, en el área de planificación familiar y de educación sexual. Ansoáin accede –no nos queda otro remedio–, ya que la ginecóloga no se va a poder desplazar y desde esta consejería, la consejería del señor Cervera, y desde Virgen del Camino nos garantizan estos servicios. Al día de hoy nuestros vecinos acuden a Andraize y se encuentran con unos servicios saturados. Al ser Ansoáin una población joven, es en el seguimiento de embarazos donde más problemas se observan, siendo derivados a Virgen del Camino o, en el peor de los casos, a Solchaga. Se da la paradoja de que mujeres que tenían sus historias en Andraize, que conocen ya al personal, ahora, en el momento del embarazo, son derivadas a un médico que no conocen. ¿Dónde está la libre elección de facultativo tan propugnada? El señor Consejero nos informó de que preveía un año para terminar las obras de remodelación de Andraize. ¿Qué se va a hacer hasta entonces? ¿Qué medidas se van a adoptar por la Consejería de Salud para cumplir lo prometido? Ésta es una oportunidad para que se vea nuestra oposición fiscalizadora de una política de derechas. Concejala del Ayuntamiento de Ansoáin."

Señor Cervera, que no hay inquietud en Ansoáin será lo que quiera decir usted, pero al final ahí está una muestra de ello.

Y luego decía que yo he hecho una visión sesgada en cuanto al programa de detección precoz del cáncer de útero. Pues ojalá haya más criterios a diferentes bandas. Yo no me opongo. Ya he dicho también que se informe a los diferentes servicios ginecológicos de la red pública. Ellos han llegado a mí y me han dicho que están abrumados, que no están de acuerdo con ese programa. Yo sólo lo transmito, y creo que tienen que ser los técnicos, que son los que, efectivamente, conocen el tema, y ojalá haya más información a diferentes bandas y se llegue a un consenso. Ojalá se llegue con todos a decidir lo que es mejor. Pero si hay críticas habrá también que asumirlas. Y habrá que sentarse con ellos e informarles y llegar a un acuerdo. Nada más. Gracias, Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias, señora Torres. Señor Cervera, tiene la palabra.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): Yo creo que la comparecencia ha merecido mucho la pena siquiera por escuchar a la portavoz del grupo socialista decir que al menos están de acuerdo en el decreto, cosa que es la primera vez que se dice por parte de un representante del grupo socialista, porque no se dijo en la anterior legislación. Es muy grato y es muy importante que, aunque sea en la letra, estén de acuerdo, cosa que no conocíamos hasta este momento.

Le ha faltado decirnos, señora Torres, la fecha de ese escrito. Efectivamente, como bien pone al final de lo que usted nos ha leído, esto es algo que se puede utilizar para fiscalizar la labor de la derecha, etcétera. Bien, yo quiero decirle que de conformidad con lo que es nuestra actitud política, el ayuntamiento está informado, y todas estas cuestiones que les trasladé a ustedes de forma más resumida y más específica se les ha transmitido también al ayuntamiento, y, desde luego, les aseguro que no tienen ninguna inquietud en estos momentos por estas cuestiones.

El otro día tuvimos una interesante reunión, en la que el tema prioritario fue la construcción de un nuevo consultorio o centro de salud, y esto solamente se trató adicionalmente cuando lo plantearon y están perfectamente informados y conformes con lo que va a ser esa nueva aportación asistencial en Andraize dentro de pocas semanas.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias, señor Cervera. Señora Arboniés, tiene la palabra.

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: Gracias, señor Presidente. En primer lugar, quiero decirle, señor Consejero, que me ha recordado a sus mejores tiempos, cuando usted venía aquí y lo primero que hacía era tratarme de ignorante, y yo, desde luego, no tengo por qué ser conocedora absoluta de todo. Yo me acuerdo del famoso nolotil, y acuérdesse usted también de lo que le dijo alguna portavoz en esta Comisión, que si a usted le pasaran un examen de farmacología probablemente no sabría tanto como una farmacéutica. En fin, evidentemente, aquí estamos para expresar una opinión política y procuramos que sea lo más rigurosa posible.

Cuando he hablado de profesionales, he hablado de ginecólogos y de educadoras. Ésas son las dos categorías de profesionales. No le voy a revelar a usted los nombres. Y al hilo de esta comparecencia, y fíjese usted, hay una cosa que no había pensado pero que la voy a proponer: no sé si estos profesionales querrán venir aquí a dar la cara, puesto que usted nos está desmintiendo lo que transmitimos aquí, falta de medios técnicos, falta de medios

humanos, definir la cartera de servicios... Por lo visto, los profesionales que tenemos en el Servicio Navarro de Salud son unos ignorantes, pues no se han dado cuenta de que la cartera de servicios ya estaba definida. Así me lo han transmitido, y yo se lo tengo que transmitir con ese rigor político. Cuando recogemos algo de los profesionales del Servicio Navarro de Salud, yo se lo transmito, señor Consejero. Y si usted me dice que eso es mentira, que desde el año 97 esto está establecido, pues mire usted, llamaré, evidentemente, de nuevo a estos profesionales y les diré que esto es mentira porque esto ya está definido. Así de claro se lo digo.

Al final, lo que ha querido decir es que todo esto era un tema de intereses profesionales. Nosotros tenemos la obligación, además de esos intereses profesionales, evidentemente, de velar por el interés general, el interés de una población que debe ser objeto de una atención y de una prevención. Y si me he expresado mal, le pido disculpas. Cuando he dicho que la prevención debe ser universalizada, hablaba de la prevención. Y usted ha citado, por ejemplo, uno de los programas, que es la prevención de síndrome de Down, y sabe usted perfectamente que mujeres, no con esas edades que dicen de 35 años, sino muy por debajo, incluso con veintidós años las hay aquí, que han tenido un hijo con síndrome de Down. Pues también, señor Consejero, también. En esas revisiones se puede detectar no solamente un cáncer de cuello de útero; se pueden detectar muchas más cosas y, de hecho, se han detectado muchas más cosas. Por eso hablamos de la importancia de la prevención, y creo que usted lo ha entendido perfectamente.

Y hablamos también del acceso a esas consultas. Evidentemente, si a mí un médico me pregunta que si fumo, pues le contestaré sí o no o no le contestaré, pero el acceso que había antes a la atención a la salud sexual era un acceso directo, era un acceso con un grado de confidencialidad que daba confianza a las mujeres, y eso es muy importante. Eso es lo que se ha perdido. Pasamos el trámite de atención primaria, le contamos nuestra vida, porque, claro, cómo nos van a derivar a hacer determinadas pruebas o revisiones si resulta que hace un año que tuvimos una revisión. De eso es de lo que se trata. Y en estos momentos, sepa usted que es así, hay mujeres que ante la espera que tienen, ante las trabas ya empiezan a ir a las consultas privadas y a gastarse, según nos dicen, entre 10.000 y 20.000 pesetas. Ése es el tema. Yo se lo tengo que decir tal y como nos lo dicen, y supongo que como nos lo transmiten a nuestro grupo lo habrán transmitido también a otros grupos.

No he hablado del tema de Tudela porque sabía que lo iba a hilar con que tenemos un ginecólogo que es concejal de Izquierda Unida. Fíjese usted,

hasta he tratado de no entrar en ello, pero bueno, usted ha entrado y me ha hablado de que tenemos militantes. Tenemos de todo. Como esta fuerza es plural, pues tenemos de todo, y no porque tengamos un militante ginecólogo que diga no sé qué... Aquí usted ha transmitido unos estudios y unos informes. Evidentemente, señor Cervera, estudios e informes hay muchos, y si usted hiciera caso de todos los informes y estudios, vería que hay informes del año 94-95 sobre otros temas como salud mental que ya se deberían haber tenido en cuenta y no se han tenido en cuenta. O sea que informes hay muchos. Y yo quiero decirle que nosotros lo que hemos transmitido aquí es lo que nos ha llegado, y creo que en rigor político también hay que recoger opiniones que son opiniones también científicas, y yo no sé si se contraponen a esos informes que usted tiene, pero es un motivo más para que si se contraponen a esos informes que usted tiene, todos hagamos un parón y veamos qué pasa.

Yo he oído opiniones, y de profesionales del Servicio Navarro de Salud, que dicen que eso de las revisiones cada cinco años es una salvajada y que no lo van a hacer, o sea, insumisos, entre comillas. Señor Consejero, yo creo que el rigor político nos pide que estemos atentos. Vamos a parar, porque si sus propios profesionales, los que están al pie del cañón, dicen que eso no puede ser así, nosotros tenemos que oírlos también. Yo creo que aquí lo que se impone es también un criterio de oír, de tener en cuenta, y sobre ese prisma es sobre el que esta portavoz ha querido pronunciarse. Pero, claro, aquí le hemos dado la vuelta y, al final, que si errores, que si mire usted, yo no estoy aquí para darle lecciones de no sé qué... Señor Consejero, no era ése el cariz que yo quería que esta comparecencia hubiera tenido, sino el que usted ha querido que tenga. Pero, en fin, yo estoy a disposición, y se lo digo con toda sinceridad, voy a volver a quienes han transmitido esto.

Otra cosa son los Cofes. Usted ha dicho que al final los Cofes... Sí, ya sabemos que todos pasaron por donde usted quería que pasaran, porque, si no, se iban a quedar aislados, y algunos dijeron que se iban a meter aquí, porque, si no, se iban a quedar tirados. Pues también en su día escuchamos y entendimos las cosas, ya ve usted.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias, señora Arboniés. Señor Cervera.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): Gracias, señor Presidente. Señora Arboniés, quiero decirle que usted es una Parlamentaria muy valiosa. Lleva en esta Cámara el mayor porcentaje del trabajo de su grupo parlamentario, eso es algo indudable y toda la opinión pública lo conoce. Cumple, además, con excelencia sus funciones de gobierno del Parlamento a través de su presencia en la Mesa, y, además, lo hace en un contexto de

sensibilidad social, donde usted, evidentemente, se caracteriza porque focaliza sus actividades políticas y públicas a la atención de determinados problemas que usted considera prioritarios.

Dicho esto, quiero decirle, señora Arboniés, que no me parece a mí que sea una actitud siempre útil la de simplemente hacer una función de mero magnetofón de lo que nos han venido a contar a los políticos. Es decir, yo quisiera que usted hubiera dado un paso más allá. Si a usted le dicen que no hay definida una cartera de servicios, lo podía haber constatado a través de los medios técnicos y de información que están al alcance de cualquier Parlamentario. Yo estoy seguro de que así su actividad política no sólo sería comprometida y vocacionada, sino que además sería útil. Es simplemente lo que le he querido transmitir.

A todos esos profesionales que parece que marcan una serie de inquietudes en este tema, no hace falta que nos los delate ni que les proponga venir a la Comisión. En cualquier caso, si usted quiere proponerles que vengan a la Comisión es su responsabilidad exclusiva o la del propio Parlamento. Evidentemente, podrán venir otros muchos más profesionales que podrán hablar de este tema y podemos organizar aquí algo parecido a un congreso sobre actitudes políticas en salud pública. Pero lo cierto es que le rogaría que usted, dentro de ese anonimato que evidentemente ellos también pueden merecer, les solicite que accedan a los servicios de información y a las documentaciones de las que dispone el Departamento de Salud. Para eso hemos trabajado en esto, no para decidir cosas alevosas ni desde la única directriz de lo político, sino para colaborar con los profesionales. Y eso es precisamente lo que le estoy ofreciendo, y, a partir de ahí, veremos si su actitud es la de trabajar dentro de un contexto de adecuación de su trabajo a la ciencia o al conocimiento de la ciencia, o, por el contrario, quieren ser ellos los únicos jueces de su actividad. En ese caso, yo creo que estarían incurriendo en problemas de orden ético e incluso de orden legal.

Bien, es lo único que le quería decir y le reitero nuestra actitud de hacer eso conforme mejor beneficie a las mujeres navarras. Por cierto, una última apreciación, esto de que los Cofes se vieron obligados a pasar por el aro porque si no no iban a ser otra cosa que marginados no es cierto, señora Arboniés. Ellos entraron en este planteamiento porque vieron que era un planteamiento positivo. Y la prueba de que no se vieron amenazados es ni más ni menos que tenían el amparo de este Parlamento, es decir, ellos vinieron aquí a decir que querían estar en atención primaria y se hizo un acuerdo para que estuvieran en atención primaria, querían que fuera una cosa independiente y no sé qué, y luego vieron ellos mismos que lo que habían

pedido no era adecuado. Entonces, claro, cómo iban a sentirse en aquel momento político amenazados o presuntamente discriminados, si precisamente tenían el amparo de casi todos ustedes, excepto el del grupo de UPN, como es lógico.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias, señor Cervera. Señor Viñes, tiene la palabra.*

SR. VIÑES RUEDA: *Muchas gracias, señor Presidente. Procuraré sujetarme al tiempo que nos ha sido concedido. Yo quisiera, en primer lugar, recordar que esta comparecencia del Consejero es consecuencia de la que hizo unos días atrás, como ha sido recordado, y que, por tanto, la comparecencia se refería al plan de atención a la mujer y a la aplicación del plan de atención a la mujer. Luego ha habido sobrevenidos otros aspectos, pero yo quisiera hacer referencia a lo que es el origen de la comparecencia, tal como fue solicitada.*

Recuerdo la exposición del señor Consejero y quiero mostrarle nuestro apoyo absoluto a lo que planteó respecto al motivo de la comparecencia, que era la situación o el estado de la aplicación del programa de atención a la mujer, es decir, el estado de cumplimiento del desarrollo del decreto. Quiero recordar a sus señorías que el señor Consejero dijo que el plan se iba a seguir desarrollando, que el plan no estaba plena y totalmente implantado y que, así lo expresó, iban a surgir dos nuevos centros de atención a la mujer para atender demandas y acercar más los servicios a la población, uno de ellos cubriría la zona de Rochapea-Ansoáin-San Jorge, quiero recordárselo, y el otro la zona de San Juan. Naturalmente, nosotros apoyamos total, absoluta y decididamente que se siga implantando, apoyamos y entendemos que el desarrollo e implantación de este compromiso del Consejero es necesario, que puede resolver muchos de los planteamientos, y ninguno de ustedes ha recordado que precisamente ésa fue la oferta y ése fue el compromiso del señor Consejero: que va a mejorar. Y va a mejorar porque no está plenamente implantado. Como ustedes han comentado, y es verdad, la libertad de elección, que es un derecho que tienen las mujeres, en este momento es parcial, no es total, por razones estratégicas o por razones organizativas, todavía no se ha desarrollado en tanto no estén plenamente desarrollados los centros.

Por tanto, señor Consejero, nuestro grupo apoya políticamente la implantación y desarrollo completo en todas las carencias que en este momento pueda haber o existan de lo que está previsto en el decreto y que pueda activarse, evidentemente, la implantación de esos dos centros de atención a la mujer que no son nuevos, sino que ya estaban previstos en el decreto.

Es evidente, señores Parlamentarios, que todo esto cuesta dinero. Seamos todos diligentes, y si hay falta de dinero para esa implantación, en los próximos presupuestos seamos lo suficientemente hábiles para que se incorporen los recursos suficientes y necesarios para completar el programa si efectivamente los presupuestos actuales no son suficientes para acelerar la implantación. Por tanto, apoyo decidido al decreto, al programa, al plan y al compromiso del Consejero de que esos dos centros van a establecerse cuanto antes y se resolverán bienamente.

Creo que habrá unanimidad o consenso en que, evidentemente, el plan debe seguir desarrollándose, porque, efectivamente, todo no se puede hacer de la noche a la mañana o de un presupuesto a otro. Ustedes, señores Parlamentarios, saben las limitaciones que puede tener un sistema sanitario cada vez con mayor demanda, con mayores necesidades, como es lógico, y con unos recursos que están tasados por el Parlamento. Tasemos bien esas necesidades, hagamos prioridad del plan de atención a la mujer y desarrollemos plenamente. Ésta es nuestra petición, señor Consejero, éste es nuestro apoyo al compromiso, con el deseo de que en este año, cuando menos, podamos ver que uno de esos centros de atención a la mujer se implanta y que, evidentemente, se acerca cada vez más a ese deseable y pleno derecho de la mujer.

No quiero hacer referencia a todos los grandes beneficios que esta implantación todavía parcial supone para la mujer y para la atención sanitaria integrada en tocología, obstetricia, etcétera, pero eso sería motivo de un panegírico fuera de lugar, entre otras cosas, porque gracias a Dios esto se ha convertido en una sesión de trabajo, ya que estamos ausentes de toda prensa y no tenemos por qué decirnos aquí cosas que supongan puntazos políticos o frases ingeniosas para ver si tenemos la suerte de que las recoja la prensa. Estamos en una sesión de trabajo, por tanto, vamos a ser sinceros en ese sentido, y eso es lo que debo decir respecto a la comparecencia del Consejero, que fue la de la vez anterior, no ésta, y todos esos temas que fueron anteriormente expuestos y comprometidos por el Consejero. Nuestro apoyo, señor Consejero, al respecto.

Pero, evidentemente, hay algunos aspectos sobrevenidos a los que yo también quiero hacer referencia, el señor Consejero lo ha hecho y yo quiero decirlo. Es el tema referente a los Cofes. Dos Parlamentarias han hecho referencia a que se han perdido funciones, programas y actividades. Lo que se ha perdido es lo que ellos hayan querido perder. Lógicamente, tienen unas competencias, unas funciones que no se han perdido en absoluto y, por tanto, si hay algo que se ha deteriorado, no habrá sido, lógicamente, por el departamento,

entiendo yo. Nadie los ha suprimido, sino que, por el contrario, lo que se les ha hecho ha sido potenciar por cien o por doscientos sus funciones y actividades, algo que nunca jamás soñaron, y eso ha sido gracias a que el departamento ha decidido que los Cofes, efectivamente, se potenciaran por doscientos.

Yo simplemente quiero decir una cosa a la señora Arboniés, que me parece que ha hecho referencia al desagrado del personal de Cofes. Si el 50 por ciento más una persona solicitan que quieren volver a ser sólo Cofes, si lo solicitan al departamento, yo supongo que el departamento inmediatamente tramitará esa voluntad y ese deseo. El 50 por ciento más uno. Le iba a decir el 25 por ciento, el 10 por ciento, me da la mismo cualquier porcentaje, porque ellos son plenamente conscientes, aparte de las intencionalidades que puedan transmitir de carácter político, de que están por fin en el sitio donde pueden ser útiles y efectivos en sus funciones y competencias y a la población que puedan atender. 50 por ciento más una persona, cualquiera que quiera solicitar, evidentemente. A ver si hay alguien que desea volver a la situación de Cofes pura y exclusivamente Cofes. Ahora son Cofes más centro de atención a la mujer. Si dejan de hacer actividades, será su responsabilidad, pero en absoluto por parte del programa.

Y tampoco quiero dejar de hacer algún comentario sobre algo que ha venido sobrevenido también, como es el programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero. Yo aquí tengo un grave compromiso en el sentido de que no sé cómo intervenir, evidentemente, tengo conocimiento, como planificador también, pero, evidentemente, aquí parece que todo el mundo quiere opinar, pero muchas veces de oídas. Entonces, yo no quisiera naturalmente empezar a hablar de lo que son los valores predictivos, de lo que es un screening, de lo que es la sensibilidad, la especificidad, porque está absolutamente fuera de lugar, para eso están los grupos técnicos, tanto del departamento como de fuera del departamento, sino, en todo caso, hacer alguna consideración puramente de carácter político.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Señor Viñes, le ruego, por favor, que vaya terminando.*

SR. VIÑES RUEDA: *Sí, señor Presidente. En ese sentido, concreto las siguientes cosas. Parece que el señor Presidente tiene flexibilidad y deja que pueda exponer en este momento dos temas puntuales que sí pueden ser de carácter político en este programa. Se ha hecho referencia a la Sociedad española de ginecología. Yo tengo aquí el último documento elaborado, y no pierda nota, señora Torres, es del año 1989. Este programa de la Socie-*

dad española de ginecología y obstetricia, sección de prevención del cáncer genital femenino, ha sido transmitido por la persona más relevante y significada de los servicios de ginecología de Navarra como documento válido y actual al Colegio oficial de médicos de Navarra.

Pues bien, este documento oficial de la Sociedad española de ginecología, sección de prevención de cáncer, que es del año 89, no lo olvide, por lo tanto, evidencia la poca evolución que han tenido en once años estos criterios que, sin duda, en estos momentos son diferentes, yo digo que seguro que son diferentes, y si quiere le puedo dar una fotocopia, dice: "Mujeres con riesgos generales: edad superior a 45 años". "Segundo: la multiparidad." Una barbaridad, porque no tiene nada que ver. "El nivel socioeconómico bajo y la higiene deficiente." Estos factores no son de riesgo, son marcadores de riesgo, con lo cual cualquier planteamiento en ese sentido ya invalida cualquier rigor científico. Ya digo que es del año 89 y que seguro que hoy han estudiado un poco más y, evidentemente, han evolucionado. Pero esto es lo que el 2 de febrero del 2000 algunas eminencias pasan al Colegio oficial.

Pero veamos, efectivamente, cuál es el planteamiento. Riesgos específicos: inicio precoz de las relaciones sexuales, promiscuidad sexual, enfermedades de transmisión sexual, en especial las víricas, condilomas HPV, y la mayor barbaridad de factor de riesgo que dicen que es el tabaquismo. Entonces, quiero decir que éste es un tema del que no se puede hablar de oídas, sino que, evidentemente, hay que remitirse a los informes técnicos más actualizados. Y eso es lo que está haciendo el Departamento de Salud. El Departamento de Salud tiene la obligación de establecer un programa de detección precoz de cáncer por dos motivos, por el decreto de 20 de enero de 1995, que, por favor, léanselo, donde establece el derecho y en el que hay carácter y condiciones, el programa de detección precoz, y naturalmente por el decreto de los centros de atención a la mujer. Y eso lo que está haciendo. Está consultando informes técnicos, hay dos informes técnicos y, efectivamente, se está consultando a otros colectivos, se está consultando al Colegio y la decisión ya se tomará, y se tomará ¿en razón de qué?, en razón de la evidencia científica, que no tiene nada que ver con la del año 89.

Porque, ¿qué ha pasado en estos diez años? Una cosa muy sencilla, se sabe que el cáncer de cuello de útero es una enfermedad de transmisión sexual, de transmisión a través de un virus, y eso modifica absolutamente los esquemas y los planteamientos. Todas las mujeres no están en riesgo, sólo las que tienen una actividad sexual con ciertas características, etcétera, y entonces la obligación, y lo ha explicado muy bien el señor Consejero, y

nosotros le apoyamos, lógicamente, es establecer un programa que establezca el derecho con base en la eficiencia científica y con un programa que sea eficaz, que sea efectivo en cuanto a los resultados y que sea eficiente de coste factible. Y eso son obligaciones. Pero, ¿qué es lo que ha cambiado? Pues ha cambiado algo y todos nos hemos quedado sorprendidos, también en cierto modo, lógicamente, algunos profesionales que todavía no han dado el salto a la evidencia científica, no lo han dado porque es algo que surge en el año 92, y, evidentemente, el departamento tiene la obligación de ir caminando, pero ¿caminando en qué como obligación fundamental?, en la tutela de la población. Y lo primero que hay que hacer en la tutela de la población es no engañar, es informar y decir: mire usted, el cáncer se transmite de esta manera, con estos riesgos, estas características y estas condiciones. Pero realmente habrá que ir caminando poco a poco. Por tanto, no engañar y garantizar prácticas correctas son también obligaciones del departamento.

Evidentemente, ésa es la situación, la decisión –lo han oído al señor Consejero– está pendiente de otras opiniones, está pendiente de otros consensos y está pendiente, efectivamente, de otros informes que están solicitados, la decisión, como obligación, del establecimiento de ese programa. Dar ese paso adelante es importante. Se discute, y no es nada malo que se discuta, que el cáncer de cuello de útero, sus orígenes, sus fuentes, han cambiado y que en razón de esa evidencia científica habrá que ir corrigiendo, como incluso ha dicho el señor Consejero, y que fue resultado del informe de los expertos del centro de investigación del cáncer de Lyon, de la Organización Mundial de la Salud que, evidentemente, en próximos momentos actuarán directamente contra el virus, con lo cual se modificarán seguramente las prácticas de detección. La medicina avanza, la evidencia científica avanza y la Administración no se puede quedar de brazos cruzados, lógicamente, en su responsabilidad de tutela hacia la población, en este caso de las mujeres con riesgo, sino que tiene que tener los parámetros y las orientaciones.

Apoyamos, por tanto, los planteamientos del departamento. Creo que está trabajando con un rigor aun a expensas de que en ciertos momentos

pueda haber una impopularidad o pueda haber una desorientación como parece ser que en ustedes está habiendo en este momento, pero, evidentemente, es una línea recta de trabajo, de evidencia científica, de rigor, y, desde luego, lo que más nos satisface es el compromiso del Consejero: el plan de la mujer va a seguir adelante, se va a implantar y van a desarrollarse nuevos centros que cubran mejor a la población.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Gracias, señor Viñes. Señora Rubio, tiene la palabra.*

SRA. RUBIO SALVATIERRA: *Lamento profundamente la actitud del señor Consejero porque creo que la memoria de los señores Díez y Buesa merece una consideración diferente y no su utilización para no dar respuestas a temas que exigen esas respuestas. Reafirmo mi posición de reprobación del atentado que les costó la vida, posición que usted conoce sobradamente. Pero mi reafirmación no me hace dejar de hablar con quienes no han reprobado estos atentados o con quienes no han reprobado el golpe fascista del 36 o con quienes no han reprobado los atentados del GAL. Considero que estamos en el Parlamento para hablar precisamente de todos los temas que afectan a la población de Navarra y que tenemos la obligación de hacerlo. Considero la necesidad de ese diálogo y me reafirmo en la necesidad de ese diálogo para todos los temas. Pero más allá de esa consideración personal, señor Consejero, le quiero recordar que las explicaciones que le he solicitado no se las debe usted tan sólo al grupo de Euskal Herritarrok, se las debe a la sociedad navarra. ¿Las 47.000 personas que votaron a Euskal Herritarrok tienen que decirle si condenan o no el atentado una por una? Porque yo estoy segura de que hay muchas que lo hacen. Y, en resumen, los más de 30 millones de pesetas que usted va a cobrar durante esta legislatura por ser Consejero le obligan a dar esas respuestas. Nada más.*

SR. VICEPRESIDENTE (Sr. Viedma Molero): *Gracias, señora Rubio. Señor Consejero, ¿quiere intervenir? ¿Ningún grupo quiere intervenir? Pues terminamos la sesión y se da por levantada la misma. Muchas gracias.*

(SE LEVANTA LA SESION A LAS 12 HORAS Y 11 MINUTOS.)