

# CORTES DE CASTILLA-LA MANCHA



**DIARIO DE**

**SESIONES**

AÑO 2010

**VII LEGISLATURA**

Núm. 174

## **COMISIÓN DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL**

**PRESIDENTE: DON PATROCINIO GÓMEZ CÓRCOLES**

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 22 DE FEBRERO DE 2010  
EN EL CONVENTO DE SAN GIL (TOLEDO)

### **ORDEN DEL DÍA**

- COMPARECENCIA MENSUAL DEL GOBIERNO REGIONAL AL OBJETO DE INFORMAR SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA GRIPE A/H1N1 EN CASTILLA-LA MANCHA Y LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR EL GOBIERNO REGIONAL EN RELACIÓN CON LA MISMA, EXPEDIENTE 07/CC-00238. (PÁGINA 2)

Lunes, 22 de febrero de 2010

(Se inicia la sesión a las doce horas, veintiocho minutos).

**- Comparecencia mensual del Gobierno Regional al objeto de informar sobre la evolución de la Gripe A/H1N1 en Castilla-La Mancha y las medidas adoptadas por el Gobierno Regional en relación con la misma, expediente 07/CC-00238.**

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN:**

Muy bien, buenos días, otra vez, ahora de manera oficial, vamos a dar comienzo a la Comisión, en la que se va a tratar de la comparecencia mensual que viene realizando el Gobierno, concretamente el Consejero de Salud y Bienestar Social y la Directora General de Salud Pública, Berta Hernández, para informarnos de la evolución de la gripe AH1N1 y las medidas que viene adoptando el Gobierno.

Como digo, vamos a dar comienzo a la Comisión, pero antes le pido a los Grupos las sustituciones, que se han producido, en cada uno de ellos.

**DOÑA CARMEN CASERO GONZÁLEZ:** Sí, la señora Guarinos sustituye a la señora Crespo.

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN:**

Muy bien, muchas gracias. ¿Por el Grupo Socialista?

**DON GREGORIO JESÚS FERNÁNDEZ VAQUERO:** Sí, buenos días, Presidente, Consejero, Directora General. A doña Manuela Galiano la sustituye doña Nieves Arriero y, al mismo tiempo, como doña Manuela Galiano era la Secretaria de la Comisión, proponemos que sea sustituida por doña Ana Garrido.

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN:**

Muy bien, muchas gracias, pues doña Ana Garrido... Y sin más dilación, ya que vamos con un poco de retraso, tiene la palabra el señor Consejero.

**SEÑOR CONSEJERO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL (Don Fernando Lamata Cotanda):** Muchas gracias, Presidente, señorías.

Comparezco para dar cuenta de la situación actual de la evolución de la pandemia de gripe AH1N1, así como de las medidas adoptadas para hacer frente a este problema de salud.

En primer lugar señalar que, a día de hoy, el número de personas afectadas por esta infección en Castilla-La Mancha asciende a 111.288 personas. Es una tasa de infección del 5,3 por ciento de la población de Castilla-La Mancha. Es similar a la que se ha producido también en el conjunto de España para la población española y, por tanto, hablamos de una tasa moderada, algo más alta que otras temporadas -ahora lo veremos- no tan alta como en un principio se

esperaba.

La evolución de la curva ya muestra un descenso continuado desde la semana 46 donde alcanzó el pico, la segunda semana de noviembre, fue disminuyendo a lo largo del mes de noviembre, diciembre y ha continuado esa tasa con una disminución progresiva. También podemos comparar esta evolución con el año pasado, la temporada 2008-2009 -que se muestra con color azul- frente a la 2009-2010 -que se muestra con color rojo-. Y vemos como a diferencia del año pasado donde el pico había sido en enero, la primera semana del año, aquí -como les decía- fue la semana 46, se adelantó aproximadamente dos meses y también con una incidencia algo mayor que la temporada pasada.

En cuanto a la evolución en relación con la actividad asistencial, vemos como ese pico de gripe en la semana 46, no supuso mayor aumento, al menos significativo, del número de consultas en las urgencias sino que el pico se ha producido, precisamente, al final de diciembre, en la semana 52, ya cuando la tasa de incidencia era baja. Es decir, más en relación con otros procesos de afectación respiratoria o cardiaca con normalidad. Esta curva, por tanto, no reflejaría esa respuesta del sistema sanitario, adaptada a esta epidemia sin, digamos, suponer una sobrecarga.

Vemos como la distribución por edades muestra algo que ya hemos venido comentando y es que en los mayores de 65 años prácticamente no ha habido infección por esta nueva cepa del virus de la gripe. Los grupos más afectados han sido los más pequeños, 5 a 14 años, 0 a 14 años, con tasas más altas, pero la novedad de este virus, sobre todo, ha sido que no ha afectado a las personas mayores lo cual también se ha traducido en una menor tasa de hospitalizaciones y de agravamientos y, en definitiva, también de fallecimientos por la gripe.

Conviene también subrayar que la Red Centinela sigue analizando las determinaciones de casos de gripe por ver si sigue presente el virus de la gripe AH1N1, vemos que ya son seis semanas, desde la semana 51 en que se detectó un caso con virus de la gripe AH1N1, desde entonces ya no ha detectado nuestro sistema Centinela ningún nuevo caso de este virus. No quiere decir que no estén circulando algunos pero que no se han detectado, es decir que si están circulando son muy pocos como mostraba también la curva de evolución que les mostrábamos al principio y que mostraba las tasas semanales.

En toda España esta evolución es similar, vemos que ya la incidencia de la gripe es baja, las tasas semanales, se muestra la semana seis y vemos como es baja en el conjunto del país.

Si analizamos al evolución de la gripe por el sistema de enfermedades de declaración obligatoria, desde el año 1982 hasta esta última temporada,

vemos como hubo temporadas donde la tasa de incidencia fue mucho mayor, la tasa de esas epidemias de los años 1985 a 1991. Luego probablemente relacionado con la mejor cobertura vacunal pues se ha ido reduciendo, con otras normas de higiene, con otras mejoras del estado de salud de la población y vemos ya, nos fijamos en las últimas temporadas. Las últimas temporadas vemos cómo esta temporada tiene una tasa algo mayor que las tres anteriores y que nos muestra, por tanto, una incidencia relativamente alta respecto a estas últimas temporadas pero menor que la que esperábamos cuando empezó a manifestarse este nuevo virus. Si, nos centramos en estas temporadas más recientes vemos como en este año todos los casos de gripe, no sólo de gripe AH1N1 sino todos los casos de gripe detectados en Castilla-La Mancha, ascenderían a 113.000, prácticamente todos eran de la gripe A; pero en las temporadas anteriores, también, tomando todas las cepas, todos los casos de gripe que se han ido detectando, vemos como la anterior eran 71.000, 79.000, 82.000, la 2005-2006 fue llamativamente baja con sólo 48.000 personas afectadas y en cambio 2004-2006 había sido más alta con 170.000. Vemos que aquí esta temporada se ha resuelto con un número de casos moderado pero como muchos de ellos eran jóvenes no han tenido una repercusión tan grande en el sistema sanitario.

La tasa de ataque, tomándola ya en relación con la población, muestra esa misma evolución, este año esa tasa de ataque del 5,2 por ciento de la población. Vemos también tasas acumuladas de gripe según la temporada y según los grupos de edad y vemos cómo hay una diferencia muy significativa en los mayores de 65 años, las tasas acumuladas de la gripe en la temporada 2004-2005, ésa que era -como recuerdan- un poquito más alta la tasa de incidencia, pues en los mayores de 65 años alcanzamos a 3.000 mientras que este año 713, es decir, menos de tres veces. En cambio en los más pequeños la proporción es de mayor afectación, esa diferencia es la que ha mostrado a lo largo de toda la epidemia y la que, sin duda, es más llamativa de este nuevo virus.

Bien, ¿qué porcentaje de personas afectadas han requerido hospitalización? Hasta este momento, 388 personas han sido hospitalizadas por gripe AH1N1 con un 0,35 por ciento del total de casos estimados. De esos casos 77 han requerido ingreso en UCI, lo que supone cerca de un 20 por ciento de los casos ingresados, pero sólo un 0,07 por ciento del total de casos afectados, es decir, vemos que la virulencia, la agresividad ha sido baja; pero también eso lo vemos con el número de defunciones que ascendería a 15 personas fallecidas por el virus de la gripe AH1N1 relacionados directamente con este virus, por lo tanto, una tasa muy baja del 0,013 por cien frente a tasas de la gripe estacional del 0,1; del 1; 0,5 por ciento incluso, según las temporadas, en este caso la virulen-

cia -como vemos- ya podemos afirmar, como hemos ido comentando en otras ocasiones, que es equivalente o menor que la de la gripe estacional.

Si vemos la evolución de las hospitalizaciones también coincide con la evolución de la distribución de este virus en Castilla-La Mancha. Empezábamos allá por el mes de abril, eran unos pocos casos, se iban manteniendo en el mes de mayo, durante el verano, y ya cuando empezó un poco más el frío empezó a subir, en el mes de octubre y noviembre, en noviembre es donde marca -en la semana 46- el máximo y vemos que hemos tenido las hospitalizaciones de la semana 45, de la semana 47, 48 y luego ya empieza a bajar también; o sea, que empieza a bajar también, o sea que mantiene esa misma, digamos, evolución. Lo mismo en casos ingresados en UCI donde también el pico más alto es la semana 45, se mantiene en la semana 47, en la 48 ya empieza a bajar y ya tenemos una curva de descenso.

También ha sido interesante estudiar los factores de riesgo de aquellas personas que han padecido la gripe AH1N1. Quiero destacar que el principal factor de riesgo ha sido el hábito de fumar; los fumadores actuales han presentado la mayor correlación con la afectación de la gripe AH1N1. El segundo factor de riesgo la obesidad, la masa corporal mayor del 40. El tercer factor de riesgo el asma. Y también, como hemos ido comentando, un factor de riesgo ha sido el embarazo por la disminución de las defensas inmunitarias que provoca el propio embarazo para evitar el rechazo del embrión. Por tanto, factores que hemos ido comentando pero sin duda subrayar el factor del hábito tabáquico que también se correlaciona con otras enfermedades y que es buena ocasión para insistir en la necesidad de seguir trabajando para disminuir esa prevalencia del consumo de tabaco.

En cuanto a la agresividad -como decía- para poder comparar con otras temporadas hemos traído los datos de mortalidad por neumonía/influenza, por gripe, en otras temporadas y hay una media de fallecimientos anuales no sólo de gripe porque la forma de contaje del registro de mortalidad no discrimina exactamente los casos de gripe, sino gripe y relacionados, pues asciende a 384 anuales. En promedio vemos que una vez más comparando con la mortalidad de este año, ha sido un poco menor aunque cuando completemos el registro de mortalidad y estén también las neumonías relacionadas, sin duda subirá el número de casos relacionados pero no alcanzará a esta cifra que ha sido la media. El número de defunciones por neumonía/influenza en Castilla-La Mancha en su evolución pues se muestra también y se ve que es relativamente estable, por tanto no esperamos un comportamiento distinto.

¿Qué actuaciones hemos ido llevando a cabo en relación con esta pandemia? Recordamos que es el 17 de abril cuando Estados Unidos identifica, este nuevo virus, en una niña de nueve años, que la OMS

valora inicialmente este caso, pero no lo difunde, pero sí que lo hace ya el 24 de abril cuando relaciona que esta niña había estado dos semanas antes en Méjico y cuando vemos que en Méjico, desde el mes de marzo, estaba habiendo un número alto de neumonías y un número alto de fallecimientos. Ése fue el análisis inicial que hace la OMS, correlaciona la niña con un nuevo tipo de virus de la gripe y su estancia en Méjico donde está habiendo muchos casos de neumonía y de mortalidad y declara la alerta pandémica. Esa alerta se hace el 24 de abril.

En España detectamos el primer caso del 25 de abril, por la noche, y a partir de ahí hemos ido comentando cómo ponemos en marcha, activamos nuestro plan de pandemia. El 27 de abril se convoca Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, vamos al Consejo y mantenemos ya desde ese momento una acción coordinada todos los componentes del Sistema Nacional de Salud, Ministerio, Gobierno de España y Comunidades Autónomas, Gobiernos autonómicos.

En Castilla-La Mancha, como decimos, se identifica el primer caso de Europa, por eso la denominación de ese virus de la influenza en Europa se va a denominar A/Albacete/01/09, por haber sido detectado en Almansa. Tenemos una reacción proporcionada y, desde luego, siempre buscando el principio de precaución en todas nuestras intervenciones, y vamos analizando las medidas a adoptar en la Comisión Regional de Coordinación en los distintos comités y subcomités que se activan y en, desde luego, las comparecencias periódicas que venimos realizando en medios de comunicación y en esta Comisión.

La estructura de dirección del Plan Pandémico es el Comité Ejecutivo, que tiene una primera reunión el día 28 de abril, después del Consejo Interterritorial; pero recojo también, como referencia, que habíamos tenido una reunión el propio 3 de abril, lo que indica que este comité, que respondía a la gripe aviar, se reunía periódicamente cada seis meses y tiene esta actuación, digamos, de seguimiento. Lógicamente, al tener la alerta pandémica convocamos una nueva reunión el 28 y a partir de ahí se mantienen reuniones de seguimiento para coordinar las medidas de todas las Consejerías, Gobierno de España, Federación de Municipios y Provincias; el Gobierno de España en Castilla-La Mancha lógicamente, Delegación del Gobierno, el Gobierno de España coordina a su vez con un Comité Ejecutivo nacional todos los Ministerios y en el Consejo Interterritorial las Comunidades Autónomas.

Reuniones de grupos y comités del Plan Pandémico ha habido numerosas para ir siguiendo la evolución de la pandemia y tomar medidas en cada momento. También hemos desarrollado un esfuerzo importante de sesiones formativas a los profesionales, tanto sanitarios como de otras instituciones edu-

cativas, etcétera. También hemos participado muy activamente en todas las reuniones de la Comisión Nacional de Salud Pública y todos los comités y subcomités. En ese sentido ha habido un sobre-esfuerzo enorme durante todo el desarrollo de esta lucha contra la pandemia. Y, desde luego, grupos de trabajo regionales que han ido abordando los aspectos de control de infección, detección de casos, hospitalización domiciliaria, grupos de riesgo, normas de prescripción de medicamentos, toma y envío de muestras, vigilancia de la gripe, mantenimiento de la red de vigilancia, etcétera, con una serie de decisiones que se iban documentando y que se iban coordinando siempre con las decisiones del Sistema Nacional de Salud.

Fruto de todo ese trabajo hay numerosos documentos *ad hoc* que se han ido generando de actuaciones para la aparición de nuevos casos, en las unidades de hemodiálisis, en centros de pacientes inmunodeprimidos, uso de mascarillas en población general, etcétera, protocolos y guías que se han ido poniendo a disposición de los respectivos colectivos profesionales o instituciones. Reuniones con grupos específicos, muy importantes las que se llevaron a cabo con el ámbito educativo, la comunidad educativa, porque fue uno de los ámbitos donde se podía haber generado más alarma, sobre todo de cara al inicio del curso, creo que la respuesta de la comunidad educativa fue en todo momento muy prudente, responsable y proporcionada a los riesgos que se iban comunicando. Lo mismo que en el ámbito de la función pública, en el ámbito de la empresa, de los colegios profesionales, etcétera.

Hicimos un esfuerzo importante también se comentó en esta Comisión y se utilizaron diversos canales, los tradicionales de vídeo, trípticos, pósters, pegatinas, también las páginas de información de la Junta, se incorporó a la portada de la página de la Junta, también a las especiales de la Consejería, se hizo una distribución y una difusión amplia que complementaba el esfuerzo que también hacía el Gobierno de España en esta materia. También reforzamos la vigilancia epidemiológica, ha sido claramente uno de los aspectos más positivos que podemos resaltar a lo largo de toda la epidemia, la capacidad de detección desde aquel primer caso de Almansa, el primero de Europa, lo cual refleja que estamos preparados pero a partir de ahí un seguimiento preciso y como han mostrado las distintas fuentes de información que les he mostrado de hospitalizaciones, de urgencias, de la Red Centinela o de la red de los centros de atención sanitaria del sistema de historias clínicas, todos coinciden, con lo cual nos refuerzan la fiabilidad de estos sistemas de vigilancia que disponemos en Castilla-La Mancha.

Respuesta farmacológica. Habíamos adquirido antivirales con motivo de la gripe aviar, en aquella situación que se fue detectando en el año 2003, 2004,

2005 que actualizamos el Plan de Pandemia, se decide adquirir antivirales el año 2006 y 2007, Castilla-La Mancha los tiene, los tiene almacenados y, por tanto, pudo hacerse una utilización inmediata. El propio día 25, en el primer caso ya pudimos hacer llegar esa misma noche los tratamientos para esta persona, para los contactos, para los profesionales, es decir, que se reaccionó con rapidez y con eficacia. Pero a partir de ahí, como los primeros casos ya vimos que evolucionaban bien, ya desde el mes de mayo -si recuerdan sus señorías- ya fuimos recomendando, desde Castilla-La Mancha pusimos de manifiesto el 1 de mayo en el Consejo Interterritorial, propusimos desde Castilla-La Mancha que se fueran ya retirando las medidas de tratamiento extraordinario con antivirales porque veíamos que no era necesario ante la evolución de los primeros pacientes y, por tanto, ya se dejó de dar tratamiento a los contactos, se dejó de dar tratamiento luego a los casos no complicados y se mantuvo sólo a los casos complicados. Por eso verán que la cifra total de tratamientos administrados es relativamente baja, 2.387 tratamientos, del total de 100.000 personas aproximadamente 113.000, que han sido infectadas, de las cuales aproximadamente 50.000 acudieron a los servicios sanitarios. Pues bien, de esas 50.000 que acudieron a los servicios sanitarios, sólo 2.387 requirieron el tratamiento con antivirales.

También la adquisición de vacunas se coordinó en el Consejo Interterritorial, se encargó a la Ministra, al Ministerio de Sanidad y Política Social que realizara las gestiones con los laboratorios. Siguiendo las recomendaciones de la OMS hicimos un encargo que fuera similar al de la gripe estacional, se partió de un encargo de un 30 por ciento de la población, ese 30 por ciento fue encargado por el Ministerio pero reforzó con una reserva estratégica del 10 por ciento y con un precontrato también para hasta otro 20 por ciento adicional. Esa decisión del Ministerio respondía a la incertidumbre, estamos hablando del mes de agosto, de saber cómo iba a ser la vacuna, qué comportamiento iba a tener el virus en el invierno, etcétera.

Bien. Decidida esa adquisición se hizo la distribución en Comunidades Autónomas y decidimos, en el Consejo Interterritorial, hacer la vacunación todos al mismo tiempo, iniciando el 16 de noviembre; ya habíamos hecho la vacunación de la gripe estacional que empezamos el 28 de septiembre y que ya estaba finalizada. Por tanto, un programa de vacunación atípico en la medida en que buena parte de la epidemia ya había pasado, habíamos empezado en el mes de abril, habíamos ido subiendo -como ven- hasta la semana, digamos, más alta, es la segunda semana de noviembre, y empezamos a vacunar precisamente en ese momento, por tanto ya ha habido más de la mitad de las personas que iban a pasar esa gripe, ya estaban vacunadas, naturalmente, porque habían pasado la gripe. En ese sentido, el porcentaje de personas

vacunadas, que asciende a algo más del 20 por ciento, es una proporción equivalente a la que podríamos tener en otras temporadas gripales si sumamos las personas que ya habían pasado la gripe y que ya, por tanto, tenían esa vacunación, sabiendo que los grupos de población a los que estamos dirigiendo esta vacuna son, sobre todo, las personas con enfermedades crónicas y excluimos a las personas mayores porque no estaban afectadas, por tanto, éstas están en otras campañas de vacunación y son las que más vienen a vacunarse, en este caso no estaban llamadas a vacunarse. En definitiva, de la población diana de 407.000 personas, se han administrado 93.155 dosis de vacuna y hemos de contar que había -como digo- otras tantas personas que habían pasado ya la gripe antes de iniciar la campaña de vacunación, como comentamos en la última sesión de esta Comisión.

Vemos que el grupo principal, lógicamente, en este caso de personas vacunadas han sido las personas con enfermedades crónicas.

Comparando con otras Comunidades Autónomas vemos que la media nacional, en la fecha en la que se ha comparado, que es 7 de febrero, estaba en algo más del 18 por ciento, en Castilla-La Mancha cerca del 22 por ciento que en Comunidades pluriprovinciales como pueden ser Andalucía, Aragón o Canarias u otras Comunidades, digamos, extensas, Castilla y León, pues estamos un poquito por encima de la media nacional y un poco por debajo de Comunidades que son uniprovinciales y que pueden tener, a lo mejor, más capacidad de concentrar su esfuerzo de vacunaciones como puede ser Cantabria, Murcia o La Rioja, por lo tanto, algo más de la media y un poquito por encima de Comunidades similares en extensión o en dificultad de acceso de Castilla-La Mancha.

Reacciones adversas ha habido pocas, han sido 25 reacciones adversas para 100.000 vacunas puestas, pues ven que es muy discreto, no ha habido ningún caso, digamos, de fallecimiento, de reacción severa y por lo tanto se puede considerar equivalente a otro medicamento o a otra vacuna.

El teléfono de la gripe fue una iniciativa que se adoptó cuando preveíamos, mes de agosto, mes de septiembre, que al inicio de la mayor incidencia con los fríos del otoño o del invierno podría aumentar mucho la demanda. Estábamos también con una mayor preocupación, con mucha presión informativa, y valoramos la conveniencia de poner un teléfono específico de la gripe para intentar atender personas que no requirieran luego ir al centro sanitario. La utilización del teléfono ha sido moderada, baja, 9.376 llamadas, pueden ser personas que hayamos evitado que hayan acudido al centro de salud, pensemos que por motivo de consulta de la gripe han acudido alrededor de 50.000 personas, bueno, pues habríamos disminuido en un 20 por ciento la presión asistencial si todas estas personas que llamaron en vez de llamar

hubieran acudido al centro sanitario. Es una cifra pequeña, moderada, pero sí que nos da una idea de una nueva herramienta, una capacidad que podemos tener en otros inviernos y, seguramente, vamos a utilizar esta herramienta, no sólo para este episodio, sino para otros asuntos de problemas de salud que puedan tener un consejo o un despistaje telefónico y que eviten así acudir al centro sanitario.

La evolución, claramente, desde que se pone en marcha, muestra el pico más alto en los momentos más altos, bueno, cuando se puso en marcha, y luego en los momentos de las semanas de mayor incidencia, y luego ya pues la disminución hasta el momento actual que se ve también en las tasas acumuladas de utilización.

En cuanto a disponibilidad de camas hospitalarias y de camas de UCI pues por las cifras que les he comentado de tasas de utilización y de frecuentación de hospitales y de UCI, realmente no ha habido en ningún momento, una sobrecarga en el mes de noviembre que es cuando tuvimos el pico más alto. Por el contrario, es ahora en el mes de enero y febrero, relacionado con otros procesos patológicos, no con la gripe A, cuando -como todos los años- está habiendo mayor presión asistencial, como se mostraba en las gráficas. En todo caso, no hubo necesidad de poner en marcha los dispositivos que teníamos previstos, recuerden que había 400 camas hospitalarias previstas para poder ponerse en marcha, de carácter general, y luego había 50 equipos de UCI para poder transformar habitaciones de planta en habitaciones con monitores y con personal 24 horas que cubriera, digamos, una atención intensiva. No hubo necesidad, son recursos, por lo tanto, que quedan para el sistema y que nos permitirán responder a otros picos de demanda porque ya hemos preparado su utilización; pero, en todo caso, por suerte, no ha sido necesario utilizarlos en este momento.

¿Balance general que podemos hacer? Desde el punto de vista del problema de salud, un problema de salud que ha tenido un seguimiento muy cercano por parte de todas las autoridades sanitarias de España y de todo el mundo, es la primera pandemia transmitida *on line*, porque desde el primer momento ha sido seguida día a día en todas las partes del mundo. Un virus que no sabíamos cómo se comportaría, que se relaciona con episodios de gravedad y de letalidad alta, en el primer momento, y que ya eso le confiere una preocupación de partida en el ámbito de la comunicación y también de los sistemas sanitarios, y una respuesta que yo considero eficaz, muy sólida, en el sistema sanitario español.

Siempre hemos podido transmitir seguridad y tranquilidad porque contábamos con unos profesionales expertos, bien formados. Yo recuerdo la anécdota del primer caso, porque para mí sigue siendo paradigmática, no sabíamos todavía la gravedad de ese virus, y se comportó todo el personal con profesionalidad, con

seriedad, se atendió correctamente; los primeros casos igual, aislamiento, etcétera, hasta que fuimos viendo ya, en las primeras semanas de evolución, que la gravedad era equivalente al virus de la gripe estacional, a otros virus de la gripe estacional. Pero eso lo empezamos a saber a primeros de mayo, a mediados de mayo, lo confirmamos, desde luego, cuando pasó la epidemia en el hemisferio sur, en la primera semana de julio, cuando vimos que no había habido ninguna, digamos, mayor gravedad, relacionada con el invierno, por tanto, ya ahí teníamos mucha mayor seguridad. Pero el sistema sanitario, los profesionales, eso no lo sabían en abril cuando empezamos a responder y se respondió bien.

Los sistemas de vigilancia también han demostrado solidez; muy importante la coordinación de Comunidades Autónomas y Gobierno de España, muy importante también la sintonía o la corresponsabilidad de grupos políticos donde ha habido una respuesta, digamos, conjunta, ponderada, de tensión activa pero prudente al mismo tiempo, a lo largo de todo este proceso de atención.

¿Posibilidades de mejora? Posibilidades de mejora las hay, yo entiendo que algunas podemos ir apuntando ya, aunque seguramente se analizarán en la reunión de la Asamblea Mundial de la OMS, del mes de mayo, pero algunas podemos ya apuntar. Desde el punto de vista del manejo de la comunicación en el ámbito mundial, por mucho que nos empeñemos, nosotros, de hacer mensajes tranquilizadores si repasan la hemeroteca o mis compareencias en esta Comisión, verán que ya desde el mes de mayo estamos hablando de vigilancia activa pero gravedad similar a la gripe estacional, ya desde el mes de mayo. Sin embargo, claro, una noticia en televisión de una primera persona fallecida, en Alemania, era primera portada de telediario y cuatro columnas en los medios nacionales. Por tanto, no es posible, aunque hagamos todos los esfuerzos del mundo, que los podemos y los debemos seguir haciendo, combatir con presencia de noticias internacionales que van a marcar la pauta.

Y, en ese sentido, la responsabilidad de las autoridades sanitarias mundiales es clave. Yo creo que los mensajes de la Organización Mundial de la Salud a lo largo de este proceso podían haberse matizado un poco mejor. Creo que había afirmaciones ya desde el mes de mayo, desde el mes de junio, donde este, digamos, este matiz no es lo mismo afirmar que casi ninguna persona mayor se pone enferma por este virus que decir que casi todas las personas que se ponen enfermas son las personas jóvenes y los niños, claro, ese mensaje puede asustar, el otro mensaje es más objetivo porque de cien personas que se han infectado es verdad que la mayor parte son niños pero es porque no se enferman los mayores, por tanto, si hacemos la otra forma de medir que es la tasa de niños infectados por cada cien niños vemos que es

igual que la de otras temporadas, no es mayor. Pero, en cambio, si hacemos el porcentaje de niños afectados sobre el total de afectados por virus de la gripe A sale mucho mayor, según como des el mensaje generas un efecto u otro y la OMS generó el efecto de que este virus era más agresivo y, bueno, otra serie de titulares que en algún momento hemos comentado.

Tuvimos ocasión de analizarlo en las conversaciones que manteníamos de seguimiento, ya he repasado mis notas, desde el mes de mayo esa, digamos, labor de comunicación tenemos que ver la capacidad de influir en los mensajes de los organismos internacionales porque nos afectan a todos de una manera decisiva.

Un segundo aspecto, de esta misma reflexión, es la utilización del Plan de Pandemia preparado para la gripe aviar para combatir una gripe que no es la gripe aviar, es verdad que era una gripe nueva, es verdad que tenía componentes genéticos de ave, de cerdo y de humano, por tanto, tenía componentes de gripe animal que era capaz de contagiar a las personas de forma efectiva; es decir, lo que nos temíamos de la gripe aviar que hubiera una mutación que fuera eficaz para transmitirse entre personas. Eso es verdad, pero eso puede ser también matizable; en los primeros momentos, cuando se detecta en la niña de California que es un nuevo virus con componente aviar, porcino y humano y la mortalidad de Méjico, en los primeros momentos pudo ser razonable poner en marcha los mismos mecanismos de la pandemia, pero una vez ya se ve que no tiene la misma letalidad y se confirma que en Méjico ha habido una sobrevaloración de esa mortalidad porque sólo se contaban los casos que fallecían sobre los casos graves que ingresaban y no sobre la población general, por lo tanto ese sesgo era un sesgo muy importante, eso se supo ya en el mes de mayo y, por tanto, se podía perfectamente haber graduado la utilización del Plan de Pandemia de la Gripe para este nuevo caso.

¿De qué forma? Pues había dos. Uno: o cambiar la denominación de estas fases de 1, 2, 3, 4, que hablaban de extensión pero que connotaban gravedad, aunque la OMS dijera “esto sólo quiere decir extensión”, la gente entendía “esto era más peligroso, el nivel 2 más peligroso que el 1 y el 3 más peligroso que el 2 y el 6 ya peligrosísimo”, haber cambiado la denominación de las fases de pandemia. O haber desactivado la alarma y haber vuelto a la fase previa porque, digamos, extensión de virus de la gripe hay todos los años, por lo tanto todo los años podríamos hablar de pandemias porque todos los años hay virus circulantes, del H3N2, del B, etcétera, y hay pandemias, pero no es un virus nuevo con esta sensación de gravedad.

La pandemia, técnicamente, puede estar describiendo, simplemente, una enfermedad que se extiende por todo el mundo, pero para el común de los mortales, para la opinión pública significa gravedad,

pandemia inminente -decía un titular- como que se hunde el mundo. Y recuerden ustedes muchísimos titulares en esa situación. Por tanto, segunda conclusión: el manejo del plan de pandemia para la gripe aviar que connotaba, que implicaba una altísima letalidad, manejarlo igual, con la misma denominación y con las mismas secuencias de fases y de herramientas de gestión, pudo llevar a una sobrevaloración en la opinión pública de este tema. Eso hacía difícil también que pudiéramos nosotros manejar esos mensajes de disminuir la sensación de gravedad. Yo recuerdo algunos de los debates donde planteábamos en el Ministerio “hay que bajar ya la indicación de los antivirales -lo que antes comentaba- no hace falta darlos más que a los que estén muy graves”; y si esto lo estábamos diciendo, por ejemplo, en el mes de mayo, en el mes de junio, la reflexión que hacían otros Consejeros o el Ministerio es: cómo vamos nosotros a decirle a la opinión pública que bajamos las medidas si la OMS está subiendo la calificación del Plan de Pandemia, de 3 a 4, de 4 a 5, no se va a entender.

Claro, ¿qué quiere decir esto? Que es muy importante el manejo de este tipo de problemas por los organismos internacionales, no podemos ir por nuestra cuenta y, por tanto, hemos de ver una mayor capacidad de influir en las medidas y en las denominaciones y en la forma de actuar de la OMS desde los gobiernos nacionales, en este caso desde el Gobierno de España.

Yendo ya a nuestro ámbito nacional. Creo que hay también aspectos que han salido a lo largo de la gestión de la pandemia que puede ser interesante poner sobre la mesa y, en su caso, reflexionar. Por ejemplo, desde el Ministerio de Sanidad hay una capacidad de contar con organismos asesores como es el Instituto de Salud Carlos III y como es el Centro Nacional de Epidemiología, el Centro Nacional de Microbiología; y también desde las Comunidades Autónomas. Pero quizá la dependencia de ese Instituto, que antes era del Ministerio de Sanidad y ahora es de Educación y Ciencia, quizá es un aspecto que convendría revisar. ¿Se ha trabajado bien? Sí. ¿Hemos tenido la información que pedíamos? Sí. Pero probablemente se pueda mejorar todavía esa coordinación si la dependencia fuera del propio Ministerio de Sanidad y Política Social, sería una reflexión que yo creo que tendríamos que hacer para abordar estas cuestiones.

Desde el punto de vista de comunicación creo que se ha actuado razonablemente bien. Desde el punto de vista de toma de decisiones internas hemos seguido las recomendaciones de la Comisión de Salud Pública y de los expertos, pero aquí cabe otra matización y es la de que al valorar de qué expertos seguimos las recomendaciones hay una línea de mando que es importante mantener y reforzar siempre en las crisis. Esa línea de mando es la de Consejo Interterritorial, Comisión de Salud Pública, Subcomités de Vi-

gilancia y los expertos tienen que ser los de los Subcomités de Vigilancia y tienen que ser los que reporten a la Comisión Nacional y de ahí el Consejo Interterritorial. Sin embargo, en esta crisis, por la novedad de la crisis, por la intensidad de la presencia mediática, pues ha habido muchos grupos de expertos que han funcionado con autonomía: sociedades científicas, grupos de profesionales, comités internacionales, que también incorporaban recomendaciones, y eso generaba, a veces, alguna cierta confusión porque algunas de estas recomendaciones aparecían en los medios de comunicación como las recomendaciones oficiales o también se podían transmitir a través del Ministerio o directamente a los servicios de los hospitales o a las administraciones sanitarias.

También aquí hay un elemento de posible mejora para gestión de futuras crisis y es el reforzar la jerarquía en las distintas estructuras de toma de decisiones para que los *outsiders*, las personas o entidades o grupos que quieran opinar, puedan opinar -por supuesto- en el debate general pero no se introduzcan en las redes de recomendaciones oficiales que son las redes de la Comisión Nacional de Salud Pública.

Elementos de mejora en nuestro campo, ya en el ámbito de Castilla-La Mancha, yo entiendo que la respuesta del sistema sanitario ha sido buena, lo comentábamos a lo largo de otras comparecencias, hemos podido reforzar la vigilancia y yo creo que en este caso las recomendaciones serían mantener los sistemas de vigilancia reforzada que hemos creado para el seguimiento de este problema, mantenerlos. Creo que también hemos de mantener los sistemas de respuesta de asistencia como es el teléfono de la gripe, aunque no sea para la gripe, pero sí el mecanismo de respuesta de atención telefónica reforzada. Hemos de trabajar mejor, también fue motivo de algún comentario en otras Comisiones, el vehículo de Internet, las páginas web y la capacidad de interacción, es un canal que cada vez es más potente. Y, también lo hemos discutido en esta Comisión, creo que hemos de reforzar ese canal no sólo para atención a las crisis sino de manera permanente pero, desde luego, para atención a las crisis que se puedan producir. Y los aspectos de relación y coordinación, tanto con las instituciones educativas como con el mundo empresarial que también hemos podido hacer operativas frente a esta crisis, pues hacer de esa atención extraordinaria un sistema ordinario de atención, es decir, incorporar esta reflexión dentro de no sólo el Comité Ejecutivo del Plan de Pandemia, que nos reunimos cada seis meses, sino de mecanismos de coordinación ordinarios que tengan esa capacidad de seguimiento de distintos problemas no necesariamente críticos sino problemas prevalentes o problemas de alta incidencia.

De manera que, señorías, termino también agradeciendo el trabajo de esta Comisión, la actitud positiva de tensión activa pero dentro siempre de una

actitud de prudencia. Y, por parte del Gobierno, entendemos que a la vista de los datos pues podríamos ya dar por concluida esta serie de Comisiones específicas para la gripe A manteniendo la vigilancia, que vamos a tener reforzada, si hubiera cualquier nuevo episodio que justificara convocar una comisión lo haríamos, pero si no fuera así pues ya hemos de esperar que haya una evolución de la gripe a la disminución progresiva hasta la próxima temporada gripal. Insisto, como eso no es una certeza sino una hipótesis probable, si hubiera cualquier cambio y hubiera una segunda onda epidémica de este virus pues inmediatamente pediría a la Mesa la convocatoria de una Comisión específica. Muchísimas gracias.

#### **SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN:**

Muy bien, muchas gracias, señor Consejero. Por el Grupo Parlamentario Popular, si así lo cree conveniente y lo desea, tiene la palabra su Portavoz, la señora Casero.

#### **DOÑA CARMEN CASERO GONZÁLEZ:**

Muchas gracias, señor Presidente. Agradecer, en primer lugar, la exposición del Consejero de Salud y también la presencia de la señora Hernández.

En este, parece, finiquito de gripe A según está ocurriendo también en el resto de Comunidades Autónomas lo cual, por un lado, supone una satisfacción también porque es un dolor de cabeza menos que tenemos todos pero -como dice el Consejero- tampoco hay que bajar la guardia. Y, en ese sentido, comparto esta última reflexión que en el momento en que haya que volver a convocar esta Comisión, tanto por petición del Gobierno como también de este Grupo Parlamentario, pues así se hará.

Hay muchas cuestiones y yo creo que en estos meses que vienen, después de esta finalización oficial de los protocolos que hemos tenido en marcha, pues se van a hacer muchas reflexiones en todas las Comunidades Autónomas, la más importante, quizá, será en el Consejo Interterritorial acerca de los mecanismos que se han puesto en marcha, las cosas que se pueden mejorar; pero va a ser inevitable también que se produzca un debate social. A mí me han parecido importante esas reflexiones que ha hecho el Consejero porque, es verdad, que ha sido la primera pandemia retransmitida por la televisión y, independientemente de que luego los resultados a cuanto a los afectados, en cuanto a las defunciones, son resultados que tranquilizan, pero es verdad que la población cuanto oye la palabra defunción, muerte, siempre supone una alarma importante.

Es verdad que estamos asistiendo a cómo desde sociedades científicas o -como comentaba el Consejero- distintos comités se han erigido en consejeros de todo el país, es decir, ha habido voces autorizadas -autorizadas ¡eh!- han sido voces de personas formadas en el ámbito sanitario y con cierta autoridad las

que en algún momento dado han distorsionado un trabajo muy uniforme en todas las Comunidades Autónomas, porque lo ha sido, ha sido un trabajo que se ha llevado, prácticamente, de la misma manera en todas las Comunidades Autónomas independientemente del partido que gobierne en las mismas.

Eso, quizás, en el seno de ese Consejo Interterritorial sí que deba hacerse un balance o sí que pueda servir para que, efectivamente, se jerarquice de alguna manera, igual que está en otras cuestiones, la importancia de las opiniones y también cómo se puede transmitir a la sociedad porque los ciudadanos de nuestra Comunidad Autónoma, de España en general, cuando ven que el presidente de una sociedad científica, la que sea, está dando por bueno un consejo pues todos tendemos a hacer caso independientemente de que a lo mejor en el protocolo o lo que ha dicho la Comunidad Autónoma vaya por el mismo camino pero esté matizando lo que se ha establecido por el canal oficial. Por lo tanto, me parece importante que se haga esa reflexión.

También me parece importante, porque no somos ajenos ninguno de los miembros que estamos aquí a ese debate que se está produciendo en el ámbito empresarial vinculado al científico, vinculado al sanitario, qué ha ocurrido y cómo se ha gestionado por parte del organismo más importante que tiene la referencia, que tenemos todos como referencia internacional, que es la OMS. No es la primera vez, efectivamente, que hablamos que se ha gestionado de una manera ciertamente alarmista y que los mensajes en algunas ocasiones apocalípticos de la señora Chan nos han causado a todos un temor importante, sobre todo por lo que decía al principio, porque se ha transmitido a través de los medios de comunicación.

Por lo tanto, creo que ese debate se va a abrir. Al igual que se están abriendo otros debates en los que a lo mejor este no es el foro porque podríamos ser poco prudentes si lo dijéramos en esta Comisión oficial, pero sí que se está produciendo un debate acerca de, al final todos son cifras económicas en el ámbito empresarial y por lo tanto, sé que el señor Consejero sabe de lo que estoy hablando y sé también que en ese Consejo Interterritorial se va a abordar el papel que ha jugado la industria farmacológica, la industria farmacéutica, en definitiva, lo que son las empresas que han fabricado todos los antivirales, las vacunas, etcétera.

Un debate que se tiene que abrir y más en un momento en el que es necesario abrirlo por la crisis económica que estamos padeciendo. Me parece también, por lo tanto, importante que ese debate se produzca. Como también me parece muy importante, y sabe usted que la Portavoz de mi partido a nivel nacional encargada de la política social, Ana Pastor, ha hablado también de esa desvinculación que se produjo del Instituto Carlos III y que, es verdad, que parece que la situación que se ha vivido de gripe A

vuelve a dar la razón a aquellos que no vieron con buenos ojos que se desvinculara del Ministerio de Sanidad como un centro de referencia no solamente de investigación sino también de otras cuestiones. Por lo tanto, lo creo interesante si se vuelve a abordar el papel fundamental que ha jugado el Instituto Carlos III.

Con respecto a lo que son -lo que ha comentado- los sistemas de comunicación. Es verdad que hay que aprender mucho del tema de Internet y de lo que ha ocurrido y cómo ha sido un vehículo de transmisión, pero no es menos cierto que sobre todo los jóvenes es interesante, desde el punto de vista sanitario, aprender a mejorar la comunicación con ellos a través de Internet porque es uno de los vínculos más importantes que existen para que también podamos transmitir lo que ha acontecido con la gripe A máxime si se tiene en cuenta que, según las cifras y los datos que tenemos, ha sido una de las poblaciones más afectadas. Luego en esta reflexión, en esta evaluación que se tiene que producir y, por lo tanto, en esa mejora de ciertos aspectos que sin lugar a dudas se tiene que producir, creo que este es uno de los más importantes.

En lo que es, ciñéndonos ya al ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, independientemente de que podamos hacer alguna pregunta pero, por supuesto, mi Grupo Parlamentario, querrá saber, como ha dicho ya el Consejero, si esos mecanismos se van a *desnoquear*, por usar una palabra coloquial, si los protocolos se van a quitar de la circulación totalmente, cómo va a seguir funcionando esa Red Centinela, si están preparando, cuál va a ser el funcionamiento posterior después de que la pandemia se haya declarado oficialmente terminada, me imagino que tendrán que adecuar los protocolos a todo lo que ha acontecido; cómo va a quedar esa Red Centinela, qué va a pasar, supongo que son plenamente vigentes las vacunas que han quedado sin utilizar y supongo que seguirán a disposición del Gobierno de Castilla-La Mancha o va a haber alguna disposición por parte del Ministerio de Sanidad, alguna negociación, algo, para que los antivirales que no han sido usados puedan ser devueltos o, en el caso de que tengan que seguir estando en Castilla-La Mancha, si saben ya, han establecido, cómo los vamos a seguir usando.

En definitiva, esas cuestiones que, entendemos desde mi Grupo Parlamentario, que ustedes estarán en este momento readaptando toda la situación a lo que ha acontecido con el tema de la gripe A. No obstante, entiendo que sea este momento así, que si hay cualquier otra cuestión la podremos formular también por escrito una vez, que tengamos acceso a esa evaluación de la situación de la gripe A. Y, en cualquier caso, terminar como he empezado al principio, estamos aquí para trabajar, cualquier situación que pueda producir una alerta, una duda en mi Grupo Parlamentario, no dudaremos en pedir la convocatoria de la Co-

misión como lo hemos hecho hasta el momento, como pedir también cualquier respuesta ante cualquier duda que se pueda plantear. Por parte de mi Grupo Parlamentario nada más y muchísimas gracias.

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN:**

Muchas gracias, señora Casero. Por parte del Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra, su Portavoz, el señor Fernández Vaquero.

**DON GREGORIO JESÚS FERNÁNDEZ VAQUERO:** Gracias, Presidente.

Suscribo casi al cien por cien, por supuesto, la exposición del Consejero y la de la señora Casero. Creo que son reflexiones de sentido común pero que, evidentemente, nos tienen que llevar a conclusiones. Todos comenzamos con muchos miedos, yo recuerdo la primera Comisión con muchos miedos, muchas inquietudes, miedos en relación con la evolución de la enfermedad. No sabíamos cómo iba a evolucionar, todos tenemos niños pequeños, cuando aparece que los afectados son los más pequeños, pues se generan ciertos miedos, alarma social; si a esto añadimos esta alarma social promovida, fundamentalmente, por los medios de comunicación y, sobre todo, por noticias -como bien ha señalado el Consejero- que nos venían no ya de fuera de Castilla-La Mancha sino fuera de España. Y ése es un miedo importante, es decir, cómo iba a evolucionar la sociedad en relación con esta pandemia.

Por otro lado, yo tenía otro miedo, no sé si ustedes, en relación a cómo iba a ser la respuesta política ante esta situación; claro, porque la respuesta podía ser de muchas maneras. Ha sido muy sensata, ha sido muy coordinada, ha sido muy consensuada pero podría haber sido de otra manera. Y, de hecho, ha habido otras situaciones, creo recordar lo de las vacas locas, lo del aceite de colza, aquel famoso aceite de colza que hubo, aparte de la alarma social que se produjo luego se intentó utilizar, y no entro ahora por quién, esa situación para, digamos, una cierta ventaja en el terreno de lo político.

Afortunadamente, estos miedos se han ido disipando con el tiempo y el meollo de la cuestión, lo fundamental, es cómo ha ido evolucionando la enfermedad, pues ha ido tranquilizando de alguna manera a todo el mundo y ha dejado de ser primera noticia en los medios para dejar de ocupar espacio.

Y en esta reflexión coincido con la señora Casero y con el Consejero. Esto ha sido un experimento. Es decir, mi pregunta es: ¿Hubiéramos hecho lo mismo si no hubiese sido noticia en los medios de comunicación todo esto, desde el punto de vista sanitario? Esa es la reflexión que nos tenemos que hacer. Es decir, ¿hubiéramos tomado las mismas medidas, no digo en Castilla-La Mancha, digo en España, digo en Europa si no hubiesen salido noticias, todos los días, en rela-

ción con la gripe A? Yo estoy convencido de que no, de que algún cambio se hubiese producido. Por lo tanto, esto ha sido un elemento experimental afortunadamente interesante, porque ha sido de una levedad importante, porque más de éstas van a venir y más de éstas nos vamos a encontrar. Y tan importante es tener una buena Red Centinela, tan importante es estar preparados científicamente, tan importante es tener una Administración que ha realizado un trabajo aquí en Castilla-La Mancha, en España, tan importante es el consenso político como hacer llegar al ciudadano esa información correctamente.

Es decir, o somos capaces de atajar intereses -la señora Casero lo planteaba- de otra índole, no sanitario sino más bien en el ámbito de lo económico, en el ámbito de la distribución de medicamentos, intentamos controlar esta situación, intentamos buscar fórmulas de comunicación social a través de las redes sociales, a través de Internet, a través de los medios de comunicación, o nos veremos abocados a tomar decisiones en lo público que no se corresponden, necesariamente, con el tratamiento que una situación llevaría desde el punto de vista estrictamente médico.

Yo creo que esa es la gran reflexión que nos tenemos que hacer, y la ha hecho el Consejero y lo ha hecho la señora Casero. Es decir, epidemias de éstas vendrán, y vendrán el año que viene y vendrán dentro de tres años y vendrán dentro de quince; y habrá gente que intente sacar rentabilidad, no hablo desde el punto de vista político hablo de otro punto de vista, desde vender más periódicos hasta vender más medicamentos. Si somos capaces de atajar eso, y yo creo que es una reflexión que tienen que hacerla las autoridades sanitarias, que debemos hacer los políticos porque, evidentemente, eso también entra dentro de nuestro campo de acción, sobre todo para evitar esa alarma innecesaria, ese sufrimiento innecesario y, por qué no, un dinero que es necesario para utilizar en otros menesteres.

Por lo demás, felicitar el comportamiento, el trabajo, el tesón y, sobre todo, la disponibilidad excelente del Consejero y su equipo en relación a esta situación de crisis sanitaria que hemos vivido. Gracias y a seguir trabajando.

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN:**

Muchas gracias, señor Fernández Vaquero. Si lo cree conveniente, tiene la palabra el señor Consejero.

**SEÑOR CONSEJERO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL (Don Fernando Lamata Cotanda):** Muchas gracias, Presidente.

Sí, agradecer las intervenciones de los portavoces: del Grupo Popular, del Grupo Socialista. Compartir también las reflexiones que se han hecho y en algún caso que no había apuntado, efectivamente, pero lo comparto también, hay un aspecto importante

que es el intentar delimitar en todas estas situaciones los intereses comerciales respecto a los intereses sanitarios propiamente dichos.

El papel de la industria farmacéutica es muy importante, nos interesa que haya industria que fabrique medicamentos que sean eficaces, que los tengamos disponibles, etcétera. Pero también nos interesa que las decisiones de las organizaciones internacionales, la OMS, o la Agencia Europea del Medicamento, o nuestro Ministerio o nuestra Consejería estén claramente delimitadas y que no haya confluencia de intereses o no haya incompatibilidad de intereses. En ese sentido sí que se ha generado una sombra de duda en el ámbito de la OMS y en el ámbito de la Agencia Europea del Medicamento, y esas sombras de duda tienen que aclararse radicalmente porque son dos estructuras fundamentales para que sigamos haciendo bien las cosas. Por tanto, en ese sentido sí que creo que debemos reclamar esa petición y desde la Consejería nosotros, a través del Ministerio de Sanidad y Política Social, haremos una petición en este sentido.

También al hilo de esto surgen otros debates interesantes, no podemos hoy agotarlos, ni muchísimo menos, tampoco es nuestro ámbito, pero sí la reflexión de disponer en España o en Europa, pero bajo gobierno europeo por así decir, o sea, bajo dependencia de la Comisión y no de los gobiernos nacionales, de posibilidades de fabricación de vacunas con capacidad de decidir cuándo, cuáles y cuántas. En este momento, como saben ustedes, cuando se producía la crisis nosotros teníamos que contactar con las empresas privadas y hacer cola y al hacer cola pues anticipábamos pedidos y hacíamos pedidos, por principio de precaución, siempre hacia arriba, intentando hacer más cobertura para no quedarnos fuera si la situación lo hubiera requerido, es una actitud lógica, es la actitud de decir: ante la duda voy a cubrirme dentro del rango alto y sobre todo cuando no controlo yo el proceso de producción. La reflexión, aquí en este caso, en el ámbito español es la de si debe haber fábricas de vacunas de capital público, de control público, o privadas mixtas pero con control público para decidir cuándo se fabrican, cuáles se vacunan, etcétera. En ese sentido creo que hay un camino por recorrer.

Los demás aspectos de comunicación de los distintos canales, del tema de Internet, coincido plenamente con el aspecto de trabajar muy coordinadamente y hacer, digamos, un ejercicio de responsabilidad política que se ha subrayado por ambos Grupos, creo que esto ha sido un ejemplo. Y, efectivamente, pues nos ha venido muy bien el que no haya habido mayor gravedad. Hemos hecho un ejercicio, digamos en vivo, de lo que es la lucha contra una pandemia y, por lo tanto, sabemos que hemos de estar preparados y nos ha fortalecido algunos mecanismos.

Y por terminar ya con esas cuestiones que se

planteaban, efectivamente, que hemos reforzado para hacer frente a la pandemia, nuestra idea es mantenerlos sin estar con la misma activación pero sí mantenerlos disponibles, los planes de contingencia de todos los centros están preparados, actualizarlos periódicamente para tener siempre esa capacidad de respuesta. El tema de la Red Centinela, mantener esa vigilancia activa y reforzada con los sistemas que hemos montado de vigilancia a través de las historias clínicas de atención primaria, el sistema Turriano, de vigilancia de las urgencias hospitalarias, de la mortalidad diaria que construimos también para hacer un seguimiento de los fallecimientos. Es decir, cada uno de estos subsistemas mantenerlos ya activos y dejar ese dispositivo funcionando.

El tema de vacunas. Estamos a la espera de que desde el Gobierno de España se hagan estas gestiones, que se están haciendo, ver el resultado de las gestiones, por un lado la devolución o la no fabricación de parte del encargo que se había hecho a la industria y hacer, digamos ya, el saldo final; y de las que ya están distribuidas y almacenadas pero no se van a usar, pues la posibilidad de que las puedan utilizar otros países del hemisferio sur. En todo caso, hasta la temporada gripal de 2010-2011 no vamos a saber la necesidad de utilizarlas. Ya la OMS ha hecho una recomendación de que se incluya este virus entre las cepas a vacunar, hay un virus B/Brisbane, hay un virus H3N2 y este virus H1N1 California, la duda en este momento es si las fábricas cuando vayan a ofrecernos la vacuna van a hacer una trivalente por el mismo precio que si fuera bivalente o si van a hacerla por más precio, digamos, cargándole dos, tres o cinco euros más por dosis. Si así fuera, tendríamos que plantearnos la utilización de la actual que nos ha sobrado, lo único es que hay que hacer dos pinchazos en vez de uno, en función de eso la decisión que sea más prudente. Por tanto ahí vamos a esperar.

Y antivirales, aquí hay, digamos, menos problema, aquí están comprados, los tenemos nosotros y están pagados. Y aquí lo único que hemos de... seguir con su custodia, la caducidad de estos antivirales es dentro de unos años, o sea que todavía nos van a servir; si hubiera alguna otra crisis de este tipo pues están ahí preparados para poder responder. En nuestro caso tenemos la mitad envasados que la caducidad, directora, es un año y medio y la otra mitad la tenemos sin envasar que ésa es de varios años y, por lo tanto, podemos utilizarla. De manera que yo coincido con ustedes en que esta, digamos, actuación del sistema sanitario ha reforzado alguno de los mecanismos del ámbito de salud pública de coordinación con la red asistencial y con otros sistemas de prevención, de protección civil, etcétera y esos mecanismos hemos de mantenerlos reforzados, no bajar la guardia y aprovechar esta inversión que hemos hecho entre todos para hacer frente a futuros problemas de salud. Muchas gracias.

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN:**

Muy bien, señor Consejero; agradeciéndole, como no podía ser de otra manera, a usted y a su Directora General su presencia y la información que nos han venido facilitando a lo largo de todo este proceso y, en fin, yo creo que haciéndome eco del sentir de los

dos Grupos felicitándoles por la labor desarrollada. Se levanta la sesión.

Muchas gracias.

*( Se levanta las sesión a las trece horas, treinta y seis minutos).*