BOLETIN OFICIAL

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

X Legislatura | Pamplona, 2 de septiembre de 2020 | NÚM. 92

S U M A R I O

SERIE F:

Preguntas:

—Preguntas sobre PCR y tests serológicos ELISA o CLIA para coronavirus. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 2).

—Pregunta sobre el paso a fase 1 de todas las Zonas Básicas de Salud en Navarra. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 13).

—Pregunta sobre la apertura de los centros educativos. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 13).

—Pregunta sobre la información, comunicación y transparencia del Gobierno de Navarra mediante la web y redes sociales en lo relacionado a los datos relativos a la crisis del covid-19. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 17).

—Pregunta sobre la reforma de Valle de Roncal. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 18).

—Pregunta sobre la actividad de autocine en el Reyno Arena por parte de la empresa pública NICDO. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 19).

—Pregunta sobre la gestión del circuito de Los Arcos. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 21).

—Pregunta sobre el gasto que Nasuvinsa tiene previsto destinar en concepto de compra de suelo o derechos urbanísticos para la construcción de polígonos industriales. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 22).

SERIE G:

Informes, Convocatorias e Información Parlamentaria:

—Renuncia de D.ª Miren Aranoa Astigarraga a su condición de Parlamentaria Foral (Pág. 23).

Serie F:
PREGUNTAS

Preguntas sobre PCR y tests serológicos ELISA o CLIA para coronavirus

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 114.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a diversas preguntas formuladas por la Ilma. Sra. D.ª Cristina Ibarrola Guillén sobre PCR y tests serológicos ELISA o CLIA para coronavirus, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 59 de 26 de mayo de 2020.

Pamplona, 19 de junio de 2020

El Presidente: Unai Hualde Iglesias

CONTESTACIÓN

La Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, en relación con varias preguntas escritas (10-20/PES-00099, 100, 101, 102 y 104), presentadas por la Parlamentaria Foral Ilma. Sra. D.ª Cristina Ibarrola Guillén, adscrita al Grupo Parlamentario Navarra Suma, sobre PCR y tests serológicos ELISA o CLIA para coronavirus", tiene el honor de remitirle la siguiente información:

Los protocolos elaborados en Navarra han estado basados en el Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) del Ministerio de Sanidad.

Han estado en proceso de revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se ha dispuesto de la infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2).

Protocolo 31 enero

De acuerdo al Protocolo Nacional, se considera caso en investigación, y se realizaba PCR a aquella persona que cumplía los siguientes criterios clínico y epidemiológico:

A. Criterio epidemiológico

– A.1 Cualquier persona con historia de viaje a la provincia de Hubei, China, en los 14 días previos al inicio de síntomas

o

– A.2 Cualquier persona que esté en contacto estrecho con un caso probable o confirmado en los 14 días previos a la aparición de sus síntomas

B. Criterio clínico

Cualquier persona con síntomas clínicos compatibles con una infección respiratoria aguda, de cualquier gravedad, que presente fiebre y aguno de los siguientes síntomas: disnea, tos o malestar general.

Actualización protocolo 7 de febrero

De acuerdo al Protocolo Nacional (06/02/2020), se consideraron casos en investigación y se indicaba la realización de PCR a los que cumplían alguno de los siguientes criterios:

A. Cualquier persona con síntomas clínicos compatibles con una infección respiratoria aguda, de cualquier gravedad, que presente fiebre y alguno de los siguientes síntomas: disnea, tos o malestar general e

Historia de viaje a la provincia de Hubei, China, en los 14 días previos al inicio de síntomas.

B. Cualquier persona con fiebre o síntomas respiratorios como disnea o tos e Historia de contacto estrecho con un caso probable o confirmado en los 14 días previos al inicio de síntomas, definiendo como contacto estrecho:

– Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o per-sonas que tengan otro tipo de contacto físico similar.

– Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso probable o confirmado

mientras el caso presentaba síntomas, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas).

– Se considera contacto estrecho en un avión, a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.

C. Cualquier persona que requiera hospitalización por fiebre y síntomas clínicos de infección respiratoria aguda grave e Historia de viaje a China continental en los 14 días previos al inicio de síntomas.

Estos criterios constituyen una guía para la evaluación. Ante cualquier duda contactar con el médico de Salud Pública a través del 112.

Actualización protocolo 25 de febrero

De acuerdo al Procedimiento de actuación nacional (25/02/2020), se consideraban casos en investigación por SARS-CoV-2 y por tanto se realizaba PCR a los que cumplían alguno de los siguientes criterios:

A. Cualquier persona con un cuadro clínico compatible con infección respiratoria aguda (inicio súbito de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, fiebre, disnea) de cualquier gravedad

y

En los 14 días previos al inicio de los síntomas cumple cualquiera de los siguientes criterios epidemiológicos:

1. Historia de viaje a áreas con evidencia de transmisión comunitaria: Las áreas consideradas actualmente se pueden consultar en el siguiente enlace:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/areas.htm. En el momento de redactar este documento, se consideran áreas con evidencia de transmisión comunitaria: China (todas las provincias, incluyendo Hong Kong y Macao), Corea del Sur, Japón, Singapur, Irán e Italia (regiones de Lombardía, Véneto, Emilia-Romaña y Piamonte).

2. Historia de contacto estrecho con un caso probable o confirmado.

B. Cualquier persona hospitalizada por una infección respiratoria aguda grave en la que se hayan descartado otras posibles etiologías infecciosas que puedan justificar el cuadro.

Estos criterios constituyen una guía para la evaluación de posibles casos. Ante cualquier duda contactar con el facultativo de la Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles y Vacunaciones del ISPLN.

Actualización a 15 de marzo de 2020

Indicaciones para la realización del test diagnóstico para la detección del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2).

En el escenario de transmisión comunitaria se indicó la realización de PCR para la detección de infección por SARS-CoV-2 en las siguientes situaciones y de acuerdo a los procedimientos que se señalan:

A. Persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda que se encuentre hospitalizada o que cumpla criterios de ingreso hospitalario.

B. Persona con un cuadro clínico de infección respiratoria (tos, disnea o fiebre) de aparición súbita, de cualquier gravedad que pertenezca a alguno de los siguientes grupos:

a. Personal de centros sanitarios y sociosanitarios residenciales en contacto con usuarios

b. Policías, bomberos y personal del 112 y aquellas que de acuerdo a la situación puedan considerarse como profesiones esenciales.

Actualización a 22 de marzo de 2020

Indicaciones para la realización del test diagnóstico para la detección del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2).

En el actual escenario de transmisión comunitaria la detección de infección por SARSCoV-2 se indicó la realización en las siguientes situaciones y de acuerdo a los procedimientos que se señalan:

A. Persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda que se encuentre hospitalizada o que cumpla criterios de ingreso hospitalario.

B. Persona con un cuadro clínico de infección respiratoria (tos, disnea o fiebre), de aparición súbita de cualquier gravedad que pertenezca a alguno de los siguientes grupos:

a. Personal de centros sanitarios y sociosanitarios residenciales en contacto con usuarios.

b. Policías, bomberos, personal del 112, del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales que prestan atención a los trabajadores incluidos en este apartado B, alcaldes, y aquellas que, de acuerdo a la situación, puedan considerarse en cada momento como profesiones esenciales.

C. Se consideró la realización del test diagnóstico en personas especialmente vulnerables:

a. Residentes o que vayan a ingresar en centros sociosanitarios/psicogeriátricos con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda. La indicación de realización de pruebas a residentes que comiencen con sintomatología en centros sociosanitarios en los que ya se ha confirmado un caso, se realizará con carácter individual en función de las condiciones específicas del centro y del paciente.

b. Personas especialmente vulnerables tras una valoración clínica individualizada.

No se indicó la realización del test diagnóstico a aquellas personas no incluidas en los apartados anteriores que presentaron infecciones respiratorias agudas leves. Fueron consideradas a todos los efectos como Casos posibles.

A las personas que se encontraron en esta situación, con cuadro clínico de infección respiratoria (tos, disnea o fiebre) se les indicó permanecer aislados en su domicilio mientras sus profesionales de referencia de Atención Primaria lo considerasen de acuerdo a su situación clínica y en cualquier caso no menos de 14 días desde el inicio de los síntomas. El seguimiento y el alta eran supervisados por estos mismos profesionales. En todo caso, si la situación clínica lo requería, se les indicó contactar con el 112.

Actualizado a 5 de abril de 2020

Indicaciones para la realización del test diagnóstico para la detección del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2).

En el escenario de transmisión comunitaria se indicó la realización de PCR en las siguientes situaciones y de acuerdo a los procedimientos que se señalaron:

A. Persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda que se encuentre hospitalizada o que cumpla criterios de ingreso hospitalario.

B. Persona con un cuadro clínico de infección respiratoria (tos, disnea o fiebre), de aparición súbita, de cualquier gravedad que pertenezca a alguno de los siguientes grupos:

a. Personal de centros sanitarios y sociosanitarios residenciales en contacto con usuarios.

b. Profesionales de servicios esenciales entre los que se incluyen:

▪ Policías, bomberos, personal del 112

▪ Personal del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

▪ Alcaldes, Consejeros y Gabinetes de los Departamentos del Gobierno de Navarra

▪ Personal de los servicios de atención a domicilio (SAD) (Ayuntamiento de Pamplona y Mancomunidades)

▪ Trabajadoras de los Recursos de acogida para mujeres víctimas de violencia de género

▪ Personal de recogida de residuos

▪ Personal de funerarias

▪ Personal de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales que prestan atención a los trabajadores incluidos en este apartado

▪ y aquellos que, de acuerdo a la situación, puedan considerarse en cada momento como profesionales de servicios esenciales.

C. Se consideró la realización del test diagnóstico en personas especialmente vulnerables:

a. Residentes o que fueran a ingresar en centros sociosanitarios/psicogeriátricos con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda.

La indicación de realización de pruebas a residentes que comiencen con sintomatología en centros sociosanitarios en los que ya se haya confirmado un caso, se indicó realizar con carácter individual en función de las condiciones específicas del centro y del paciente y siempre con el objetivo de optimizar el impacto de diferentes alternativas de aislamiento, tanto en relación a la minimización de riesgo de transmisión entre residentes o trabajadores del centro, como a mejorar su eficiencia en lo relativo a su atención y cuidado.

En todo caso siempre siguiendo las directrices establecidas al respecto en la Orden SND/322/2020, de 3 de abril, en la que se establecen nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

En la práctica significó que desde el 3 de abril se comenzó a realizar PCR a todo residente con síntomas sospechosos de infección por coronavirus.

b. Personas especialmente vulnerables tras una valoración clínica individualizada.

A partir de esta fecha:

▪ 20 de abril. Se incluyó en protocolo de Atención Primaria la realización de PCR a toda perso-

na que consulta por síntomas sospechosos de infección por coronavirus.

- Hoja de ruta de test 30 de abril (se aporta)
- Hoja de ruta de test 20 mayo (se aporta)

Es cuanto tengo el honor de informar en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 194 del Reglamento del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 19 de junio de 2020

La Consejera de Salud: Santos Induráin Orduna

ANEXO I

HOJA RUTA TEST PARA COVID-19

20 de mayo de 2020

Esta es una hoja de ruta para esta etapa hasta 30 de junio.

Es coherente con la actualización de la Guía para la utilización de test diagnósticos para COVID-19 que se está trabajando en la Ponencia de Alertas del Ministerio de Sanidad.

Estará en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se dis-ponga de la infección por nuevo coronavirus.

1. Antecedentes

El diagnóstico microbiológico del COVID-19 se ha basado hasta ahora en la detección del material genético (ARN) viral del SARS-CoV-2 mediante técnicas de PCR, en muestras respiratorias en pacientes con síntomas compatibles. La PCR es una técnica muy sensible y específica, que se realiza en los laboratorios de microbiología para el diagnóstico de diversas enfermedades infecciosas. Por estos motivos, actualmente la PCR es la técnica diagnóstica de referencia(1). Sin embargo, es una técnica que precisa de suministro continuo de materiales (reactivos, torundas), medio de transporte, personas experimentado para su procesamiento y que dura alrededor de 4 horas.

Por este motivo, el Sistema Nacional de Salud valoró la utilización de test rápidos de detección del COVID para aumentar la capacidad de diagnóstico. Hay dos tipos de test rápidos:

Antígenos. Son componentes del virus, generalmente proteínas. Se detectan en los primeros días de infección, cuando el virus está en las vías respiratorias altas. Más útiles en las primeras fases de la enfermedad.

Anticuerpos. Detectan la respuesta inmunitaria de los pacientes y aumentan según avanza la infección. Más útiles en fases más avanzadas de la enfermedad, cuando se generan en el cuerpo humano anticuerpos como respuesta a la infección.

Hay dos tipos de anticuerpos:

– Ig M. Son las primeras que aparecen, a los 5-7 días tras inicio de síntomas. Significa que estamos en un estadío activo de la infección (más temprano si las IgG son negativas o más avanzado si las IgG también son positivas).

– IgG. Aparecen más tardíamente (14 días tras inicio de los síntomas) y tienen rela-ción con la inmunidad más duradera. Significa que estamos en una fase activa (si las IgM son positivas) o final de la infección (si las IgM son ya negativas).

¿Cómo interpretamos su significado clínico(2)?

Tabla 1. Resumen general de interpretación:

PCR	Ag	IgM	IgG	Interpretación
+	-	-	-	Fase presintomática
+	+/-	+/-	+/-	Fase inicial (aprox. 1-7 dias)
+/-	-	+	+/-	2ª Fase (8-14 días)
+/-	-	++	++	3ª Fase > 15 días
-	-	+/-	++	Infección pasada (inmune)

(1) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Guia_test_diagnosticos_serologicos_20200407.pdf
(2) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/INTERPRETACION_DE_LAS_PRUEBAS.pdf

Utilización de test rápidos de anticuerpos para COVID 19[3]

Los estudios de dinámica de generación de anticuerpos frente a SARS-CoV-19 han mostrado que éstos comienzan a producirse a partir del 6º día del inicio de síntomas a la vez que se observa un descenso de la carga viral. A los 7 días, casi la mitad de los casos tiene anticuerpos totales y a los 15 días casi el 100%, tanto en los casos leves como los graves. Basado en esto, las técnicas de anticuerpos buscan detectar la respuesta inmune de los pacientes la cual aumenta según avanza la infección y ofrecen por tanto la posibilidad de detectar enfermedad activa de varios días de evolución. La presencia de anticuerpos por otro lado, no excluye la posibilidad de seguir siendo transmisor del virus.

El Ministerio de Sanidad ha adquirido test de diagnóstico rápido de detección de anticuerpos totales cuya fiabilidad ha sido estudiada en el Centro Nacional de Microbiología con muestras de suero de pacientes de varios hospitales[4]. También se han hecho estudios en pequeños grupos de pacientes para valorar la concordancia entre la muestra extraída por venopunción y digitopunción. Este test ha demostrado una especificidad del 100% y una sensibilidad del 60% en pacientes con síntomas con < 7 días de evolución y de 80% en pacientes con más de 7 días de evolución. La especificidad es 100% (no hay falsos positivos), y por tanto también el valor predictivo positivo (posibilidad de que si sale valor positivo, la persona hay estado en contacto con el virus).

También hay test rápidos de detección anticuerpos IgM/IgG. Sin embargo, la cinética de producción de anticuerpos frente al COVID no se conoce suficientemente y parece que, al igual que sucede con el coronavirus SARS-1, la IgM se puede mantener mucho en el tiempo[5].

Utilización de test mediante técnica ELISA

Da un resultado cuantitativo, lo que le da mayor precisión, aunque necesita la infraestructura de un laboratorio para ser realizada. Ya comienza a haber test validados para la detección de IgG o IgM e IgG frente a nuevo coronavirus.

Objetivos de esta estrategia: Objetivo general

Minimizar el impacto de la pandemia en el estado de salud de la población, disminuyendo la morbimortalidad, así como el impacto económico y social, mediante una estrategia de utilización de test diagnósticos.

Objetivos específicos

– Confirmar de manera precoz la enfermedad, mediante la realización de PCR ante la aparición de síntomas compatibles con COVID, independientemente de la gravedad del cuadro clínico.

– Aumentar la capacidad de confirmación diagnóstica en casos con PCR (-) y alta sospecha clínica y/ epidemiológica, mediante la realización de test de anticuerpos.

– Realizar cribado de la enfermedad en personas sin síntomas compatibles que que van a entrar en espacios cerrados donde el riesgo de propagación de la infección es importante.

– Realizar cribado de la enfermedad en personas vulnerables que van a recibir tratamientos que pueden comprometer aún más su situación clínica si hay infección asintomática por coronavirus.

– Conocer la situación inmunológica respecto a la enfermedad por COVID-19 de las personas diagnosticadas como casos posibles en situación de alta epidemiológica mediante la realización de test de anticuerpos.

– Conocer la situación inmunológica respecto a la enfermedad por COVID-19 de los profesionales sanitarios y sociosanitarios y otros mediante la realización de test de anticuerpos.

– Contribuir a mantener las organizaciones sanitarias o sociosanitarias como espacios seguros.

2. La PCR es la prueba diagnóstica de referencia. Indicaciones:

2.1. Población general:

2.1.1. Para diagnóstico

– Persona que acude a cualquier ámbito de atención sanitaria del SNS-O (tanto de Atención Primaria, Servicios de Urgencia Extrahospitalarios

(3) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov- China/documentos/Guia_test_diagnosticos_serologicos_20200407.pdf

(4) Informe sobre estrategia de diagnóstico microbiológico del COVID-19

(5) Woo P et al. Longitudinal Profile of Immunoglobulin G (IgG), IgM, and IgA Antibodies against the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Coronavirus Nucleocapsid Protein in Patients with Pneumonia Due to the SARS Coronavirus. Clinical and Diagnostic Laboratory immunology, 2004: 665-668.

como de Atención Hospitalaria, incluidas las consultas externas), así como de los hospitales privados y presenta síntomas/signos compatibles con infección por nuevo coronavirus, independientemente de la gravedad del cuadro.

2.1.2. Para cribado de infección aguda

– Pacientes que acude a Urgencias de un hospital con sintomatología no compatible con COVID-19 y cumpla criterios de ingreso.

– Paciente con un ingreso programado por intervención quirúrgica u otros motivos.

– Paciente vulnerable que acude a recibir tratamiento en hospital de día por tratamiento oncológico, diálisis, VIH u otros.

– Contactos estrechos de casos confirmados con infección activa

Se realizará hacia el final del seguimiento(6).

Se puede valorar realizar además PCR a los contactos estrechos convivientes en el domicilio al inicio de la cuarentena, teniendo en cuenta que el hecho de que la prueba sea negativa no implica no realizar la cuarentena ya que la enfermedad puede tener un periodo de incubación de 2-14 días tras el último contacto no protegido con el caso.

2.1.3. Para alta tras seguimiento

– Pacientes hospitalizados COVID al alta que van a instituciones cerradas.

2.2. Instituciones cerradas: ámbito sociosanitario (residencias y centros sociosanitarios de personas mayores, psicogeriátricos y residencias de persona con discapacidad) y ámbito penitenciario.

2.2.1. Para diagnóstico

– Personas que presenta síntomas/signos compatibles con infección por nuevo coronavirus, independientemente de la gravedad del cuadro.

2.2.2. Para cribado de infección aguda

– Residentes que ingresan en el centro por primera vez, acompañado de test de anticuerpos.

– Residentes asintomáticos del sector de convivencia de los residentes afectados en situación en la que hay brote (1 o más casos) en la residencia(7).

2.2.3. Para alta tras seguimiento

– Residentes con COVID-19 tras aislamiento dentro de la institución cerrada.

– Residentes con COVID-19 en recursos intermedios (por ejemplo, residencia Félix Garrido) al alta para ser trasladado de nuevo a institución.

– Personas con COVID-19 que conviven en un domicilio colectivo que ha pasado el aislamiento en un recurso intermedio, previo al alta.

2.3. Ámbito laboral

2.3.1. Para diagnóstico

– Trabajadores que mientras están en su lugar de trabajo presenta síntomas/signos compatibles con infección por nuevo coronavirus, independientemente de la gravedad del cuadro. Acudirá al Servicio de Prevención de la empresa que facilitará que solicite atención en su centro de salud o directamente al centro salud o en el circuito establecido para profesionales sanitarios, sociosanitarios o esenciales definidos.

2.3.2. Para cribado de infección aguda

– Profesionales sanitarios de alto riesgo y sociosanitarios que han sido con-tacto estrecho con caso sin EPI adecuado, según criterio de SPRL.

– Profesionales sanitarios hospitalarios que pasan de trabajar de zonas COVID a zonas no COVID.

– Profesionales sociosanitarios cuando hay un brote (1 o más casos) en la institución.

– Personas que se incorporan a trabajar por primera vez. Si el resultado de la PCR es negativo, se realiza test de anticuerpos:

– Profesionales sanitarios, en entornos de alto riesgo, según SPRL.

– Profesionales sociosanitarios según SPRL.

– Profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio que acuden a domicilios de personas mayores

– Profesionales de prisiones

– Personas empleadas del hogar que se incorporan al cuidado de personas dependientes

(6) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/guiaSeguimientoContactosCOVID19.pdf

(7) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

– Profesionales sanitarios:

- – Profesionales sanitarios de riesgo alto[8] y medio[9]: Se realizará ELISA o CLIA y PCR en mayo-junio, iniciándose por los de riesgo alto, y se volverá a realizar en octubre-noviembre.
- – Profesionales sanitarios de riesgo bajo[10]: Se realizará ELISA o CLIA en mayo-junio, tras haber realizado a los de riesgo alto y medio y se volverá a realizar en octubre-noviembre.
- – Se valorará la necesidad de seguir estableciendo nuevos periodos de análisis o pruebas en un momento dado en función de la situación epidemiológica y de los resultados previos.
- – Estos criterios se recogen en el documento "Sistema de seguimiento de infección por COVID-19 de los profesionales del SNS-O.SEPROSANA", que se editará próximamente.

– Profesionales sociosanitarios:

- – Profesionales sociosanitarios en contacto directo con residentes: Se realizará ELISA o CLIA y PCR en mayo-junio, iniciándose por los de riesgo alto, y se volverá a realizar en octubre-noviembre.
- – Profesionales sociosanitarios sin contacto directo con residentes: Se realizará ELISA o CLIA en mayo-junio, tras haber realizado a los de riesgo alto y medio y se volverá a realizar en octubre-noviembre.
- – Se valorará la necesidad de seguir estableciendo nuevos periodos de análisis o pruebas en un momento dado en función de la situación epidemiológica y de los resultados previos.

2.3.3. Para alta tras seguimiento

– Profesionales sanitarios, sociosanitarios, del Servicio de Ayuda a Domicilio que acuden a domicilios de personas mayores, trabajadores de prisiones con COVID-19 y personas em-pleadas del hogar al cuidado de personas dependientes antes de reincorporarse al trabajo.

3. De modo complementario, cuando realizar estudio de anticuerpos (test rápido o ELISA)

3.1. Incremento sensibilidad diagnóstica en personas infectadas.

– Personas con PCR negativa en cualquier ámbito de atención con sospecha clínica y/o epidemiológica elevada con una clínica compatible. Preferentemente ELISA.

3.2. Valoración de la respuesta inmunitaria una vez finalizado el aislamiento en los casos que se definieron en su momento "casos posibles" en el ámbito de Atención Primaria. Test rápidos

3.3. Estudio situación inmunitaria en personas asintomáticas, ya mediante ELISA o técnica anticuerpos rápidos.

– Pacientes especialmente vulnerables que tienen que acudir a centros sanitarios a recibir tratamiento (quimioterapia, radioterapia, diálisis, tratamientos inmunosupresores, VIH).

– Residentes en instituciones cerradas. Si en la residencia hay brote (1 o más casos) en ese momento, hacer primero PCR.

– Profesionales sanitarios, tal como se ha señalado en el apartado anterior. Prioridades. Definición del riesgo: alto, medio, bajo. Prioridades. Definición de periodicidad. Preferentemente ELISA

– Profesionales sociosanitarios, tal como se ha señalado en el apartado anterior. Preferentemente ELISA

– Profesionales de prisiones. Si en la cárcel hay casos en ese momento, hacer también PCR.

– Nuevas incorporaciones de profesionales sanitarios, sociosanitarios, del SAD que acuden a domicilios de personas mayores, de prisiones y personas em-pleadas del hogar que se incorporan al cuidado de personas dependientes que se incorporan a trabajar en centro sanitario, sociosanitario, la cárcel o domicilio. Tal como se ha señalado en el apartado anterior.

- Profesiones esenciales

(8) Riesgo alto: Servicios/Unidades en las que se realiza asistencia directa a pacientes COVID (UCI, Urgencias, Plantas COVID, Hospitalización a domicilio, profesionales del circuito respiratorio de Atención Primaria, SUE, SNU)

(9) Riesgo medio: Servicios/Unidades en las que se realiza asistencia directa a pacientes a priori no COVID (Plantas no COVID, Atención Especializada en áreas NO COVID, Atención Primaria de circuitos no COVID, Quirófanos, Rehabilitación, Salud Mental y CASSYR)

(10) Riesgo bajo: Servicios/Unidades en las que no hay asistencia directa a pacientes (mantenimiento, Dirección, Banco de Sangre, Servicios Centrales, almacén, cocina…)

4. Estudios de seroprevalencia. Anexo 2

Una encuesta de seroprevalencia nos permite medir la proporción de población que ha desarrollado anticuerpos frente a una determinada enfermedad. Cuando se trata de una enfermedad nueva como COVID-19, indirectamente mide la proporción de población que se ha infectado recientemente independientemente de que haya presentado o no síntomas de enfermedad. En este sentido, mide la circulación de un determinado agente infeccioso en la población mejor que otros sistemas de información basados en la detección de enfermos, ya que aflora los casos asintomáticos o leves que no han requerido asistencia sanitaria.

A nivel estatal

4.1. Estudio nacional de epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-COVID)https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4874

A nivel de Navarra:

4.2. Encuesta de seroprevalencia de anticuerpos IgG frente al SARS-CoV-2 en población general.

Número estimado, 1000 determinaciones. Esta metodología se podría repetir en función de que la situación epidemiológica o de la necesidad urgente de informa-ción.

4.3. Valorar en función de la evolución y pruebas individuales realizadas, encuesta de seroprevalencia de infección entre profesionales sanitarios y sociosanitaria mediante encuesta. Se necesitarían 600 muestras para estimar una prevalencia próxima al 10% en muestras seleccionadas de forma aleatoria sin reposición.

ANEXO II

HOJA RUTA TEST PARA COVID-19

30 abril de 2020

Esta es una hoja de ruta para esta etapa hasta 30 de junio.

Es coherente con la actualización de la Guía para la utilización de test diagnósticos para COVID-19 que se está trabajando en la Ponencia de Alertas del Ministerio de Sanidad.

Estará en revisión permanente en función de la evolución y nueva información que se disponga de la infección por nuevo coronavirus.

1. Antecedentes

El diagnóstico microbiológico del COVID-19 se ha basado hasta ahora en la detección del material genético (ARN) viral del SARS-CoV-2 mediante técnicas de PCR, en muestras respiratorias en pacientes con síntomas compatibles. La PCR es una técnica muy sensible y específica, que se realiza en los laboratorios de microbiología para el diagnóstico de diversas enfermedades infecciosas. Por estos motivos, actualmente la PCR es la técnica diagnóstica de referencia(1). Sin embargo, es una técnica que precisa de suministro continuo de materiales (reactivos, torundas), medio de transporte, personas experimentado para su procesamiento y que dura alrededor de 4 horas.

Por este motivo, el Sistema Nacional de Salud valoró la utilización de test rápidos de detección del COVID para aumentar la capacidad de diagnóstico. Hay dos tipos de test rápidos:

Antígenos. Son componentes del virus, generalmente proteínas. Se detectan en los primeros días de infección, cuando el virus está en las vías respiratorias altas. Más útiles en las primeras fases de la enfermedad.

Anticuerpos. Detectan la respuesta inmunitaria de los pacientes y aumentan según avanza la infección. Más útiles en fases más avanzadas de la enfermedad, cuando se generan en el cuerpo humano anticuerpos como respuesta a la infección.

Hay dos tipos de anticuerpos:

– Ig M. Son las primeras que aparecen, a los 5-7 días tras inicio de síntomas. Significa que estamos en un estadío activo de la infección (más temprano si las IgG son negativas o más avanzado si las IgG también son positivas).

– IgG. Aparecen más tardíamente (14 días tras inicio de los síntomas) y tienen relación con la inmunidad más duradera. Significa que estamos en una fase activa (si las IgM son positivas) o final de la infección (si las IgM son ya negativas).

(1) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov- China/documentos/Guia_test_diagnosticos_serologicos_20200407.pdf

¿Cómo interpretamos su significado clínico[2]?

Tabla 1. Resumen general de interpretación:

PCR	Ag	IgM	IgG	Interpretación
+	-	-	-	Fase presintomática
+	+/-	+/-	+/-	Fase inicial (aprox. 1-7 dias)
+/-	-	+	+/-	2ª Fase (8-14 días)
+/-	-	++	++	3ª Fase > 15 días
-	-	+/-	++	Infección pasada (inmune)

Utilización de test rápidos de anticuerpos para COVID 19[3]

Los estudios de dinámica de generación de anticuerpos frente a SARS-CoV-19 han mostrado que éstos comienzan a producirse a partir del 6º día del inicio de síntomas a la vez que se observa un descenso de la carga viral. A los 7 días, casi la mitad de los casos tiene anticuerpos totales y a los 15 días casi el 100%, tanto en los casos leves como los graves. Basado en esto, las técnicas de anticuerpos buscan detectar la respuesta inmune de los pacientes la cual aumenta según avanza la infección y ofrecen por tanto la posibilidad de detectar enfermedad activa de varios días de evolución. La presencia de anticuerpos por otro lado, no excluye la posibili-dad de seguir siendo transmisor del virus1.

El Ministerio de Sanidad ha adquirido test de diagnóstico rápido de detección de anticuerpos totales cuya fiabilidad ha sido estudiada en el Centro Nacional de Microbiología con muestras de suero de pacientes de varios hospitales[4]. También se han hecho estudios en pequeños grupos de pacientes para valorar la concordancia entre la muestra extraída por venopunción y digitopunción. Este test ha demostrado una especificidad del 100% y una sensibilidad del 60% en pacientes con síntomas con < 7 días de evolución y de 80% en pacientes con más de 7 días de evolución. La especificidad es 100% (no hay falsos positivos), y por tanto también el valor predictivo positivo (posibilidad de que si sale valor positivo, la persona hay estado en contacto con el virus).

También hay test rápidos de detección anticuerpos IgM/IgG. Sin embargo, la cinética de producción de anticuerpos frente al COVID no se conoce suficientemente y parece que, al igual que sucede con el coronavirus SARS-1, la IgM se puede mantener mucho en el tiempo[5].

Utilización de test mediante técnica ELISA

Da un resultado cuantitativo, lo que le da mayor precisión, aunque necesita la infraes-tructura de un laboratorio para ser realizada. Ya comienza a haber test validados para la detección de IgG o IgM e IgG frente a nuevo coronavirus.

Objetivos de esta estrategia:

Objetivo general

Minimizar el impacto de la pandemia en el estado de salud de la población, disminuyendo la morbimortalidad, así como el impacto económico y social, mediante una estrategia de utilización de test diagnósticos.

Objetivos específicos

– Confirmar de manera precoz la enfermedad, mediante la realización de PCR ante la aparición de síntomas compatibles con COVID, independientemente de la gravedad del cuadro clínico.

– Aumentar la capacidad de confirmación diagnóstica en casos con PCR (-) y alta sospecha clí-

(2) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/INTERPRETACION_DE_LAS_PRUEBAS.pdf

(3) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Guia_test_diagnosticos_serologicos_20200407.pdf

(4) Informe sobre estrategia de diagnóstico microbiológico del COVID-19

(5) Woo P et al. Longitudinal Profile of Immunoglobulin G (IgG), IgM, and IgA Antibodies against the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Coronavirus Nucleocapsid Protein in Patients with Pneumonia Due to the SARS Coronavirus. Clinical and Diagnostic Laboratory immunology, 2004: 665-668.

nica y/ epidemiológica, mediante la realización de test de anticuerpos.

– Realizar cribado de la enfermedad en personas sin síntomas compatibles que que van a entrar en espacios cerrados donde el riesgo de propagación de la infección es importante.

– Realizar cribado de la enfermedad en personas vulnerables que van a recibir trata-mientos que pueden comprometer aún más su situación clínica si hay infección asintomática por coronavirus.

– Conocer la situación inmunológica respecto a la enfermedad por COVID-19 de las personas diagnosticadas como casos posibles en situación de alta epidemiológica mediante la realización de test de anticuerpos.

– Conocer la situación inmunológica respecto a la enfermedad por COVID-19 de los profesionales sanitarios y sociosanitarios y otros mediante la realización de test de anticuerpos.

– Contribuir a mantener las organizaciones sanitarias o sociosanitarias como espacios seguros.

2. La PCR es la prueba diagnóstica de referencia. Indicaciones:

2.1. Población que acude al ámbito sanitario:

2.1.1. Para diagnóstico

– Persona que acude a cualquier ámbito de atención sanitaria del SNS-O (tanto de Atención Primaria, Servicios de Urgencia Extrahospitalarios como de Atención Hospitalaria, incluidas las consultas externas), así como de los hospitales privados y presenta síntomas/signos compatibles con infección por nuevo coronavirus, independientemente de la gravedad del cuadro.

2.1.2. Para cribado de infección aguda

– Pacientes que acude a Urgencias de un hospital con sintomatología no compatible con COVID -19 y cumpla criterios de ingreso.

– Paciente con un ingreso programado por intervención quirúrgica u otros motivos.

– Paciente vulnerable que acude a recibir tratamiento en hospital de día por trata-miento oncológico, diálisis, VIH u otros.

2.1.3. Para alta tras seguimiento

– Pacientes hospitalizados COVID al alta que van a instituciones cerradas.

2.2. Instituciones cerradas: ámbito sociosanitario (residencias y centros sociosanitarios de personas mayores, psicogeriátricos y residencias de persona con discapacidad) y ámbito penitenciario.

2.2.1. Para diagnóstico

– Personas que presenta síntomas/signos compatibles con infección por nuevo coro-navirus, independientemente de la gravedad del cuadro.

2.2.2. Para cribado de infección aguda

– Residentes que ingresan en el centro por primera vez, acompañado de test de anticuerpos.

– Residentes asintomáticos del sector de convivencia de los residentes afectados en situación en la que hay brote (2 o más casos) en la residencia.

2.2.3. Para alta tras seguimiento

– Residentes con COVID-19 tras aislamiento dentro de la institución cerrada.

– Residentes con COVID-19 en recursos intermedios (por ejemplo, residencia Félix Garrido) al alta para ser trasladado de nuevo a institución.

– Personas con COVID-19 que conviven en un domicilio colectivo que ha pasado el aislamiento en un recurso intermedio, previo al alta.

2.3. Ámbito laboral

2.3.1. Para diagnóstico

– Trabajadores que mientras están en su lugar de trabajo presenta síntomas/signos compatibles con infección por nuevo coronavirus, independientemente de la gravedad del cuadro. Acudirá al Servicio de Prevención de la empresa que facilitará que solicite atención en su centro de salud o directamente al centro salud o en el circuito establecido para profesionales sanitarios, sociosanitarios o esenciales definidos.

2.3.2. Para cribado de infección aguda

– Profesionales sanitarios de alto riesgo y sociosanitarios que han sido contacto estrecho con caso sin EPI adecuado, según criterio de SPRL.

– Personas que se incorporan a trabajar por primera vez. Si el resultado de la PCR es negativo, se realiza test de anticuerpos:

– Profesionales sanitarios, en entornos de alto riesgo, según SPRL.

– Profesionales sociosanitarios según SPRL.

– Profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio que acuden a domicilios de personas mayores

– Profesionales de prisiones

– Personas empleadas del hogar que se incorporan al cuidado de personas dependientes

– Profesionales sanitarios en un momento de moderada-alta transmisión comunitaria, y/o que están asignados a Servicios con pacientes fundamentalmente COVID y/o que cambian de actividad de zona COVID a una zona no COVID, junto con test de anticuerpos. Definición del riesgo: alto, medio, bajo. Establecimiento de prioridades y de periodicidad.

– Profesionales sociosanitarios en un momento de moderada-alta transmisión comunitaria y/o con presencia de brote (2 o más casos) en la institución, junto con test de anticuerpos. Establecimiento de perioricidad.

2.3.3. Para alta tras seguimiento

– Profesionales sanitarios, sociosanitarios, del Servicio de Ayuda a Domicilio que acuden a domicilios de personas mayores, trabajadores de prisiones con COVID-19 y personas empleadas del hogar al cuidado de personas dependientes antes de reincorporarse al trabajo.

3. De modo complementario, cuando realizar estudio de anticuerpos (test rápido o ELISA)

3.1. Incremento sensibilidad diagnóstica en personas infectadas.

– Personas con PCR negativa en cualquier ámbito de atención con sospecha clínica y/o epidemiológica elevada con una clínica compatible. Preferentemente ELISA.

3.2. Valoración de la respuesta inmunitaria una vez finalizado el aislamiento en los casos que se definieron en su momento “casos posibles” en el ámbito de Atención Primaria. Test rápidos

3.3. Estudio situación inmunitaria en personas asintomáticas, ya mediante ELISA o técnica anticuerpos rápidos.

– Pacientes especialmente vulnerables que tienen que acudir a centros sanitarios a recibir tratamiento (quimioterapia, radioterapia, diálisis, tratamientos inmunosu-presores, VIH).

– Residentes en instituciones cerradas. Si en la residencia hay brote (2 o más casos) en ese momento, hacer primero PCR.

– Profesionales sanitarios, tal como se ha señalado en el apartado anterior. Prioridades. Definición del riesgo: alto, medio, bajo. Prioridades. Definición de periodicidad. Preferentemente ELISA

– Profesionales sociosanitarios, tal como se ha señalado en el apartado anterior. Preferentemente ELISA

– Profesionales de prisiones. Si en la cárcel hay casos en ese momento, hacer también PCR.

– Nuevas incorporaciones de profesionales sanitarios, sociosanitarios, del SAD que acuden a domicilios de personas mayores, de prisiones y personas empleadas del hogar que se incorporan al cuidado de personas dependientes que se incorporan a trabajar en centro sanitario, sociosanitario, la cárcel o domicilio. Tal como se ha señalado en el apartado anterior.

– Profesiones esenciales

– Personas contacto estrecho de un caso, al inicio de ser detectado como contacto y al cabo de 21 días desde el inicio de la cuarentena

4. Estudios de seroprevalencia. Anexo 2

Una encuesta de seroprevalencia nos permite medir la proporción de población que ha desarrollado anticuerpos frente a una determinada enfermedad. Cuando se trata de una enfermedad nueva como COVID-19, indirectamente mide la proporción de pobla-ción que se ha infectado recientemente independientemente de que haya presentado o no síntomas de enfermedad. En este sentido, mide la circulación de un determinado agente infeccioso en la población mejor que otros sistemas de información basados en la detección de enfermos, ya que aflora los casos asintomáticos o leves que no han requerido asistencia sanitaria.

A nivel estatal

4.1. Estudio nacional de epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-COVID https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4874

A nivel de Navarra:

4.2. Encuesta de seroprevalencia de anticuerpos IgG frente al SARS-CoV-2 en población general.

Número estimado, 1000 determinaciones. Esta metodología se podría repetir en función de que la situación epidemiológica o de la necesidad urgente de información.

4.3. Valorar en función de la evolución y pruebas individuales realizadas, encuesta de seroprevalencia de infección entre profesionales sanitarios y sociosanitaria mediante encuesta. Se necesitarían 600 muestras para estimar una prevalencia próxima al 10% en muestras seleccionadas de forma aleatoria sin reposición.

Pregunta sobre el paso a fase 1 de todas las Zonas Básicas de Salud en Navarra

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 114.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a la pregunta formulada por la Ima. Sra. Cristina Ibarrola Guillén sobre el paso a fase 1 de todas las Zonas Básicas de Salud en Navarra, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 59 de 26 de mayo de 2020.

Pamplona, 16 de junio de 2020

El Presidente: Unai Hualde Iglesias

CONTESTACIÓN

La Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, en relación con la pregunta escrita (10-19-PES-00103) presentada por la Parlamentaria Foral Ilma. Sra. Cristina Ibarrola Guillén, adscrita al Grupo Parlamentario de Navarra Suma, que solicita "los datos epidemiológicos por Zona Básica de Salud que han justificado el paso a fase 1", tiene el honor de remitirle la siguiente información:

Adjunto tal y como se envió informalmente en su día los datos epidemiológicos referidos al pase a Fase I, así como los otros datos relacionados que justificaron el paso de fase.

En todo caso la Comunidad Foral de Navarra, aunque en su primer informe planteó la opción de abordar el proceso de desescalada con una unidad territorial inferior, finalmente ha transitado por todo este proceso acompañada por los equipos técnicos del Ministerio de Sanidad, tomando la provincia como unidad de referencia, unidad en este caso coincidente con la autonomía. Por tanto la valoración que el Ministerio de Sanidad ha hecho en todos los cambios de fase, empezando por el fase 0 a fase 1, ha sido tomando como referencia la información epidemiológica y otras variables como capacidad de respuesta, movilidad etc. Navarra en su conjunto como puede comprobar en el informe adjunto.

Es cuanto tengo el honor de informar en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 194 del Reglamento del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 12 de junio de 2020

La Consejera de Salud: Santos Induráin Orduna

(Nota: El anexo mencionado se encuentra a disposición de los Parlamentarios Forales en Gestión Parlamentaria Ágora).

Pregunta sobre la apertura de los centros educativos

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 114.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a la pregunta formulada por la Ilma. Sra. D.ª María Roncesvalles Solana Arana sobre la apertura de los centros educativos, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 59 de 26 de mayo de 2020.

Pamplona, 17 de junio de 2020

El Presidente: Unai Hualde Iglesias

CONTESTACIÓN

En relación con la pregunta escrita 10-20-PES-00105, presentada por doña María Roncesvalles Solana Arana, adscrita al Grupo Parlamentario Geroa Bai, se informa lo siguiente:

El 11 de mayo de 2020 la Comunidad Foral de Navarra pasó a la Fase I del Plan de desescalada. Desde el Departamento de Educación se remitió un documento denominado "Información Fase I covid19" con instrucciones a los centros acerca de cómo realizar las actividades descritas para esta Fase I. Posteriormente se remitió información acerca de las medidas preventivas apro-

badas por el Comité de Seguridad y Salud del Departamento de Educación. Los citados documentos se adjuntan a esta respuesta.

Las actuaciones que se proponían llevar a cabo durante esta Fase I, labores de limpieza y desinfección, incorporación de equipos directivos, así como el personal de administración y servicios que el equipo directivo considere imprescindible, se han desarrollado con normalidad no habiendo constancia de lo contrario en el Departamento de Educación.

A los centros públicos de la Comunidad Foral de Navarra se les ha hecho entrega del siguiente equipamiento:

– 2 mamparas de protección para puestos de atención al público (oficina y conserjería)

– 500 mascarillas

– 24 unidades de gel hidroalcohólico de 500 ml (Se suministran en cajas de 12 unidades)

– 2 gafas de protección ocular

– 100 m de cinta de balizamiento.

En los centros de menor tamaño, con un único puesto de atención al público, se ha entregado una mampara de protección. Estos centros son los siguientes:

CAP ESTELLA	CPEIP ARRAIOZ	CPEIP GOIZUETA	CPEIP ORONOZ MUGAIRI
CAP LEKAROTZ	CPEIP ARRÓNIZ	CPEIP IGANTZI	CPEIP OTEIZA
CAP TAFALLA	CPEIP AZPILKUETA	CPEIP IRURITA	CPEIP PITILLAS
CEBA ALSASUA	CPEIP BARÁSOAIN	CPEIP ITUREN	CPEIP RADA
CEBA SANGÜESA	CPEIP BEIRE	CPEIP ITURMENDI	CPEIP SADA
CEBA TAFALLA	CPEIP BERBINZANA	CPEIP JAUNSARATS	CPEIP SALDIAS
CPEIP ABÁRZUZA	CPEIP BURGUETE	CPEIP LAKUNTZA	CPEIP SARTAGUDA
CPEIP ALLO	CPEIP CÁRCAR	CPEIP LEGASA	CPEIP SESMA
CPEIP ALMANDOZ	CPEIP DICASTILLO	CPEIP LEKAROTZ	CPEIP UHARTE ARAKIL
CPEIP AMAIUR	CPEIP EL REBOTE-IRURITA	CPEIP LERÍN	CPEIP UJUÉ
CPEIP ANCIN	CPEIP ERRATZU	CPEIP MENDIGORRÍA	CPEIP URDIAIN
CPEIP AÑORBE	CPEIP ERRO	CPEIP MIRANDA DE ARGA	CPEIP URROZ-VILLA
CPEIP ARANTZA	CPEIP ESPINAL	CPEIP MONREAL	CPEIP VALCARLOS
CPEIP ARBIZU	CPEIP ETXALAR	CPEIP MURILLO EL FRUTO	CPEIP ZIGA
CPEIP ARESO	CPEIP FIGAROL	CPEIP NARBARTE	CPEIP ZUGARRAMURDI
CPEIP ARIZKUN	CPEIP GARTZAIN	CPEIP OBANOS	

En Pamplona, 17 de junio de 2020

El Consejero de Educación: Carlos Gimeno Gurpegui

(Nota: El anexo mencionado se encuentra a disposición de los Parlamentarios Forales en Gestión Parlamentaria Ágora).

COVID-19
INFORMACIÓN DE INTERÉS SOBRE LA APERTURA DE LOS CENTROS DOCENTES EN LA FASE I DEL PLAN PARA LA TRANSICION HACIA UNA NUEVA NORMALIDAD

Las fases de desescalada previstas en el “Plan para la transición a una nueva normalidad” aprobado por el Gobierno de la Nación en el ámbito de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, afectan a los centros docentes al prever la realización de determinadas actividades en los mismos en la denominada Fase I, en la que Navarra ha entrado a partir del día 11 de mayo de 2020 (Orden SND/399/2020, de 9 de mayo, BOE de 9 de mayo de 2020).

El apartado 1 del artículo 18 de la citada Orden establece que “podrá procederse a la apertura de los centros educativos para su desinfección, acondicionamiento y para la realización de funciones administrativas. Será responsabilidad de los directores de los centros educativos determinar el personal docente y auxiliar necesario para llevar a cabo las citadas tareas.”

1.- Objeto de la presente información.

La información que se ofrece en el presente documento ha de considerarse como complementaria de las medidas preventivas dirigidas a preservar la salud de las trabajadoras y los trabajadores, que se remitirán a los centros docentes una vez que hayan sido consensuadas en el

Comité de Seguridad y Salud del Departamento de Educación el martes 12 de mayo.

Igualmente, se trata de un documento abierto y sujeto a las modificaciones que sean necesarias según evolucione la situación sanitaria y, paralelamente, las posibilidades de actuación tanto de los centros docentes como del propio Departamento de Educación.

2.- Limpieza y desinfección.

El lunes 11 de mayo el Departamento de Educación coordinará con los responsables de los servicios de limpieza (empresas, entidades locales y/o Directores de Institutos con personal propio) el inicio de esta actividad, informando a los equipos directivos de cada centro de la fecha prevista de inicio del servicio de limpieza.

Sin perjuicio de la limpieza general del centro, los equipos directivos deberán determinar los espacios del centro que se van a utilizar prioritariamente durante la Fase I para la realización de las actividades permitidas, al objeto de que sean objeto de una limpieza y desinfección más intensa. Para determinar los espacios a utilizar (oficinas, despachos, control de accesos, conserjería, aseos, pasillos, etc.), se tendrá en cuenta el personal que es necesario que se incorpore en la Fase I y las tareas a realizar, haciendo compatible el uso de los espacios con las medidas de distanciamiento social.

Las trabajadoras y trabajadores no podrán acceder al centro en tanto no se hayan iniciado las labores de limpieza y desinfección del centro.

3.- Incorporación de personal.

De conformidad con el artículo 18 de la SND/399/2020, de 9 de mayo, corresponde a los equipos directivos de los centros educativos determinar el personal docente y auxiliar necesario para llevar a cabo las tareas que van a desarrollarse durante la Fase I de la desescalada.

A estos efectos, se dará prioridad a la posibilidad de realizar las tareas a través de teletrabajo evitando, en la medida de lo posible, el trabajo presencial.

En aquellos casos en que no sea posible el teletrabajo, se adoptarán las medidas organizativas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores: flexibilidad horaria, turnos diarios o semanales, etc., respetándose en todo caso las medidas preventivas en materia de seguridad y salud del personal.

La semana del 11 de mayo el Servicio de Infraestructuras Educativas se pondrá en contacto con los equipos directivos a fin de facilitar a los centros los equipos de protección individual que se han de entregar a los trabajadores. A estos efectos nos pondremos en contacto con el equipo directivo a través del correo electrónico del centro para concretar el día de entrega del material, avisando a través del teléfono fijo del centro de la hora prevista de entrega. En el caso de que los equipos directivos quieran que la comunicación se realice a través de un teléfono móvil deberán comunicarlo al siguiente correo electrónico: mantenimientoeducacion@navarra.es

Igualmente se remitirá la información sobre seguridad y salud elaborada por la Sección de

Prevención de Riesgos Laborales (documento de medidas y fichas), debiendo dejar constancia los equipos directivos de la entrega de esta información a todos los trabajadores y trabajadoras del centro.

Las trabajadoras y trabajadores no podrán incorporarse a los centros en tanto no se hayan recibido los equipos de protección individual, salvo que se garanticen todas las medidas de prevención alternativas.

4.- Medidas de uso de los espacios e instalaciones.

Se limitarán al máximo los espacios a utilizar, en función de las necesidades del centro y de las actividades a realizar durante la Fase I.

La organización de la circulación de personas y la distribución de espacios deberá adaptarse, cuando sea necesario, al objetivo de garantizar la posibilidad de mantener las distancias de seguridad interpersonal, mediante el uso de barreras, mamparas, cintas de balizamiento para marcar distancias o itinerarios, etc.

En los locales compartidos (departamentos, salas de reuniones, oficinas, etc.) se procurará que cada persona ocupe siempre el mismo lugar y se evitará compartir el material (ordenadores, material de oficina, etc.). En caso de que sea necesario compartirlo, se procederá a su desinfección antes y después de cada utilización. Igual-

mente se procurará evitar o reducir al mínimo el uso de documentación en papel.

Se prohíbe el uso de los ascensores salvo para personas con movilidad reducida, debiendo en este caso hacer un uso individual, excepto que el usuario requiera de acompañamiento.

En los aseos se clausurarán lavabos y urinarios alternos para evitar la proximidad durante su uso. Las cabinas separadas entre sí por mamparas (sin cierre en el suelo o el techo), también serán clausuradas de forma alterna.

Se limitará el uso de los aseos por las personas ajenas al centro, procurando que, en caso de que sea necesario su uso, se utilicen aseos distintos a los que utiliza el personal del centro.

Para la resolución de consultas relativas a desinfección, limpieza o dotación de equipos de protección individual, puede dirigirse al Servicio de Infraestructuras Educativas, en el teléfono 848

42 62 80 o en la siguiente dirección de correo electrónico:

mantenimientoeducacion@navarra.es.

5.- Reuniones.

Se evitará la realización de reuniones presenciales, utilizando como medio preferente la videoconferencia o audioconferencia.

Cuando sea imprescindible la realización de reuniones presenciales se buscarán los espacios más adecuados que permitan el distanciamiento, haciéndose uso, en otro caso, de los equipos de protección individual proporcionados.

6.- Atención al público.

En esta fase del proceso de desescalada los centros comenzarán a prestar servicios y facilitar trámites de carácter administrativo propios del sistema educativo, siguiendo las instrucciones que al respecto reciban del Departamento de Educación.

A estos efectos, la atención al público será preferentemente telefónica o a través de medios telemáticos (correo electrónico, Educa…).

En caso de que sea imprescindible la presencia de personas ajenas en el centro, se realizará siempre con cita previa, evitando la presencia simultánea de un número de personas que impida garantizar las medidas de distanciamiento social.

La atención presencial se realizará garantizando la distancia mínima de dos metros entre interlocutores en espacios abiertos o bien ventilados y, en caso de que no sea posible, se utilizarán mamparas de separación y/o mascarillas.

Asimismo, los equipos directivos adoptarán las medidas organizativas que sean precisas para permitir la entrega de correo o paquetería en el centro, garantizando las medidas preventivas y distancia social de seguridad de dos metros entre los y las trabajadoras

7.- Personal especialmente sensible.

En caso de embarazo o padecer afecciones médicas: enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer o inmunodepresión, el trabajador o trabajadora debe contactar con el Servicio de Prevención del Departamento de Educación para valoración médica individual en los teléfonos 848 42 37 69/848 42 37 28 o en la siguiente dirección de correo electrónico:

seccion.prevencion.educacion@navarra.es

8.- Personal que presente síntomas compatibles con COVID-19.

El personal empleado que presente síntomas compatibles con COVID 19 (fiebre, tos, dificultad para respirar, diarrea, pérdida de olfato, cansancio extremo...) no debe acudir al centro de trabajo. En el caso de que los síntomas aparezcan estando presente en el puesto de trabajo, debe apartarse inmediatamente de sus compañeros, permanecer en un despacho/aula con la puerta cerrada y abrir las ventanas, colocarse una mascarilla y marcharse a casa, evitando utilizar el transporte público. Así mismo, es necesario que ponga en conocimiento del equipo directivo para que se realice la limpieza y desinfección del despacho/aula.

Una vez en casa, debe ponerse en contacto con su Centro de Salud donde se valorará su situación clínica y se establecerán las medidas oportunas. Fuera de horario de atención de su centro de salud, si tiene dudas, contactar con el Servicio del Consejo Sanitario en el teléfono 948

290290, que atiende de lunes a domingo, de 8.00 a 21.30 horas. Si se necesita atención urgente, llamará al 112.

Además, en el caso de que los síntomas aparezcan estando presente en el puesto de trabajo, debe ponerlo en conocimiento del personal sanitario del Servicio de Prevención de Riesgos

Laborales del Departamento de Educación, en los teléfonos 848 42 37 69/848 42 37 28.

Pamplona, 11 de mayo de 2020.

La Directora General de Recursos Educativos: Begoña Unzué Vela

Pregunta sobre la información, comunicación y transparencia del Gobierno de Navarra mediante la web y redes sociales en lo relacionado a los datos relativos a la crisis del covid-19

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 114.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a la pregunta formulada por Ilma. Sra. D.ª Cristina Ibarrola Guillén sobre la información, comunicación y transparencia del Gobierno de Navarra mediante la web y redes sociales en lo relacionado a los datos relativos a la crisis del covid-19, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 59 de 26 de mayo de 2020.

Pamplona, 24 de junio de 2020

El Presidente: Unai Hualde Iglesias

CONTESTACIÓN

La Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, en relación con la pregunta escrita (10-20/PES-00106) presentada por la Parlamentaria Foral Ilma. Sra. Cristina Ibarrola Guillén, adscrita al Grupo Parlamentario de Navarra Suma, que solicita "información sobre el cambio de comunicación de los datos sobre contagios detectados por PCR", tiene el honor de remitirle la siguiente información:

El Gobierno de Navarra en general y el Departamento de Salud en particular ha realizado y está realizando un importante esfuerzo de información y transparencia diarios a través de diferentes canales y formatos que van desde los medios de comunicación hasta la notas de prensa y diferentes redes sociales. De hecho un reciente informe de la agencia Dyntra situaban a Navarra como la quinta comunidad en nivel de transparencia.

No obstante como sucede con otros elementos de la pandemia, también a nivel informativo el covid 19 es un fenómeno en continua evolución y cambio con múltiples factores interactuando, también la doble vertiente institucional estatal y autonómica que requiere unos mínimos de coordinación.

Los diferentes cambios de parámetros y series se deben fundamentalmente a las diferentes fases de la epidemia y a la disponibilidad de información validada y continuidad comparable, ya que, la prioridad de los mismos ha sido la epidemiológica y monitorización de la evolución de la epidemia.

Así como en una fase más aguda la capacidad asistencial fue el apartado más significativo (ocupación de camas, UCI, hospitalización por niveles y modelos…) en la etapa más reciente, especialmente a partir del 11 de mayo, el foco de atención se ha puesto en el diagnóstico y seguimiento de los nuevos casos detectados para acompañar los criterios de los pasos de fase en la desescalada. Y en este sentido los nuevos casos confirmados tienen que ver con un positivo en PCR en determinadas condiciones y marco temporal ya que hay otros casos confirmados por diferentes medios de detección (PCR y test anticuerpos), que dan una idea más de inmunidad que de infecciones activas y que hay que recoger ya más con los estudios de seroprevalencia.

Para los nuevos casos confirmados se toma en la actual fase como referencia temporal determinante las últimas dos semanas, periodo de tiempo que marca el proceso natural de incubación. Por estas variaciones se producen situaciones en las que algunas determinadas series y categorías pasan a un segundo plano o desaparecen de la información diaria y pueden aparecer otras más ligadas con el momento epidemiológico.

También sucede que el Ministerio pone el acento en unos datos y a nivel autonómico se han resaltado otros, segundo cada momento y formato.

No obstante, la publicación de los diferentes datos siempre se ha tratado de hacer en coordinación con otras autonomías y con el propio Ministerio, que explica en su web las especificidades de las tablas y las series históricas, aunque actualmente nos encontramos en un proceso conjunto de intercambio de información complementaria para generar una confluencia en determinados parámetros relevantes.

En materia de reporte técnico de datos, las indicaciones se recogen en diferentes BOE y la principal novedad a partir del 11 de mayo es que el Ministerio pide trabajar mediante fichas personalizadas del SIVIES (como se explica también

en nuestros soportes informativos) en lugar de tablas agregadas para tener una mayor calidad y fiabilidad de los datos, un sistema que no obstante ha producido algunos retrasos y diferencias en las series históricas en la información previa a esa fecha, cuestiones que se están ajustando.

Es cuanto tengo el honor de informar en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 194 del Reglamento del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 12 de junio de 2020

La Consejera de Salud: Santos Induráin Orduna

Pregunta sobre la reforma de Valle de Roncal

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 114.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a la pregunta formulada por la Ilma. Sra. D.ª Marta Álvarez Alonso sobre la reforma de Valle de Roncal, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 65 de 5 de junio de 2020.

Pamplona, 29 de junio de 2020

El Presidente: Unai Hualde Iglesias

CONTESTACIÓN

La Consejera de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, en relación con la pregunta formulada por la parlamentaria doña Marta Álvarez Alonso, adscrita al Grupo Parlamentario Navarra Suma, sobre la reforma de Valle de Roncal (10-20/PES-00107), tiene el honor de informarle lo siguiente:

¿Qué plazos maneja el Departamento para realizar la reforma de Valle del Roncal anunciada por la Consejera en comparecencia del día 22 de mayo?

Las obras se irán acometiendo de forma paulatina, siendo el cronograma previsto el siguiente:

Año 2020: Baños y humedades de 1 módulo.

Año 2021: Baños y humedades de 2 módulos.

Año 2022: Baños y humedades de 2 módulos.

¿Con cargo a qué partida se van a financiar estas obras?

La obra se financiará con cargo a la partida: 920005 93100 6020 231000 Obras en centros propios para el año 2020 y la equivalente para los años 2021 y 2022.

Dado que dicha reforma no estaba prevista en los Presupuestos Generales de Navarra para 2020, en caso de que se vaya a acometer este año ¿Se va a financiar con cargo a fondos extraordinarios? De no ser así, ¿qué proyectos dejarán de realizarse para financiar la obra?

La parte de la obra que se va a realizar en 2020, por un importe de 200.000 euros, se financia con fondos ordinarios de la partida antes indicada de inversiones en centros propios.

No se va a dejar de realizar ningún proyecto. El presupuesto de la partida es para realizar obras como la que se va a financiar en centros propios.

Es cuanto tengo el honor de informar en cumplimiento del artículo 194 del Reglamento del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 26 de junio de 2020

La Consejera de Derechos Sociales: María Carmen Maeztu Villafranca

---

Pregunta sobre la actividad de autocine en el Reyno Arena por parte de la empresa pública NICDO

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 114.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a la pregunta formulada por el Ilmo. Sr. D. D. Maiorga Ramírez Erro sobre la actividad de autocine en el Reyno Arena por parte de la empresa pública NICDO, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 65 de 5 de junio de 2020.

Pamplona, 24 de junio de 2020

El Presidente: Unai Hualde Iglesias

CONTESTACIÓN

La Consejera de Cultura y Deporte del Gobierno de Navarra, en relación a la pregunta escrita formulada por el parlamentario foral D. Maiorga Ramírez Erro, adscrito al Grupo Parlamentario EH Bildu, sobre la organización por parte de NICDO de una actividad de "autocine" en el Navarra Arena (10-20/PES-000108), tiene el honor de informarle lo siguiente:

La actividad de Autocine en el Navarra Arena se sustancia en un acuerdo de coproducción con la distribuidora/exhibidora navarra Golem. El acuerdo de coproducción prevé el reparto de ingresos y gastos entre las partes y no responde a un contrato de alquiler.

La necesidad de realizar esta actividad a través de una coproducción y no como una actividad de promoción propia de NICDO responde a los tiempos vinculados a los trámites con el Ministerio de Cultura de los permisos de exhibición cinematográfica, acelerados enormemente por ser gestionados por un exhibidor, y de otra manera imposibles para poder abordar el período de tiempo previo a la apertura.

Los costes variables asociados son:

– Limpieza adicional 30 días: 4.100 EUR

– Material vinílico de marcaje: 450 EUR

– Alquiler maquinaria movimientos elementos colgantes: 750 EUR

– Alquiler pantalla y proyector 30 días: 5.000 EUR

– Gastos de compensación CO_2 vehículos: a calcular a término

Por la naturaleza cultural del evento, está integrado en el borrador de Contrato-Programa con la Dirección General de Cultura, bajo la línea nominativa A20002 A2510 4400 334102 denominada "NICDO. Programación cultural en el Navarra Arena" de los presupuestos generales de Navarra 2020.

Asimismo le serían aplicables los ingresos "estructurales" procedentes de los acuerdos de publicidad y patrocinio suscritos con las diferentes entidades colaboradoras y estimados en 570.000 EUR para el año 2020, en la medida en la que el acuerdo de coproducción prevé contrapartidas de hospitalidad e imagen para las entidades colaboradoras, si bien no existe una prorrata definida de imputación de ingresos por este hecho, de manera similar a como sucede con los gastos "estructurales" o fijos de la instalación, tanto en lo tocante a servicios exteriores como a personal propio.

De igual manera todos los rendimientos netos de la operativa de restauración en pista, cafetería y espacios habilitados corresponden a ingresos estructurales de NICDO.

En lo tocante a asistencia/recaudación, sobre un límite de 244/1.220 EUR por día:

AUTOCINE GOLEM NAVARRA ARENA		
Fecha	Espectadores	Recaudación
martes, 26 de mayo de 2020	194	970,00 €
miércoles, 27 de mayo de 2020	188	940,00 €
jueves, 28 de mayo de 2020	220	1.100,00 €
viernes, 29 de mayo de 2020	170	850,00 €
sábado, 30 de mayo de 2020	158	790,00 €
domingo, 31 de mayo de 2020	228	1.140,00 €
lunes, 1 de junio de 2020	148	740,00 €
martes, 2 de junio de 2020	194	970,00 €
miércoles, 3 de junio de 2020	154	740,00 €
jueves, 4 de junio de 2020	218	1.090,00 €
viernes, 5 de junio de 2020	178	890,00 €
sábado, 6 de junio de 2020	196	980,00 €
domingo, 7 de junio de 2020	214	1.070,00 €
lunes, 8 de junio de 2020	144	720,00 €
martes, 9 de junio de 2020	158	790,00 €
miércoles, 10 de junio de 2020	180	900,00 €
jueves, 11 de junio de 2020	162	810,00 €
viernes, 12 de junio de 2020	156	780,00 €
sábado, 13 de junio de 2020	151	755,00 €
domingo, 14 de junio de 2020	116	580,00 €
lunes, 15 de junio de 2020	152	760,00 €
martes, 16 de junio de 2020	150	750,00 €

En cuanto al impacto ambiental, el contrato prevé un cálculo de volumen de CO2 total estimado al no poder ser una actividad realizable sin vehículo, y la asunción del coste de su compensación.

Se adjunta Contrato de Coproducción.

Es lo que puedo informar, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 194 del Reglamento del Parlamento de Navarra.

Pamplona-Iruña, 23 de junio de 2020

La Consejera de Cultura y Deporte: Rebeca Esnaola Bermejo

(Nota: El anexo mencionado se encuentra a disposición de los Parlamentarios Forales en las oficinas de los Servicios Generales de la Cámara).

Pregunta sobre la gestión del circuito de Los Arcos

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 114.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a la pregunta formulada por Ilmo. Sr. D. Maiorga Ramírez Erro sobre la gestión del circuito de Los Arcos, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 65 de 5 de junio de 2020.

Pamplona, 24 de junio de 2020

El Presidente: Unai Hualde Iglesias

CONTESTACIÓN

La Consejera de Cultura y Deporte del Gobierno de Navarra, en relación a la pregunta escrita formulada por el parlamentario foral D. Maiorga Ramírez Erro, adscrito al Grupo Parlamentario EH Bildu, sobre las afecciones económicas directas de la crisis de la Covid-19 en las previsiones de resultados del Circuito de Los Arcos (10-20/PES-00111), tiene el honor de informarle lo siguiente:

La afección del COVID19 en la operación del Circuito de Navarra es algo incierta en la medida en la que hubo un impacto con las cancelaciones y los aplazamientos al próximo año; si bien desde mayo se produce una recuperación de esa merma por la posibilidad de realización de eventos. En un primero momento, los ingresos de eventos deportivos y privados (Presentaciones, rodajes, testeo…) pasaron del millón de euros a prácticamente la mitad; si bien se produce una recuperación entre mediados de mes de mayo y de junio de un 40 % de la merma, mientras se siguen atendiendo nuevas solicitudes de reserva para el resto de 2020.

Las líneas de ingresos provenientes de las sesiones de tandas propias y karting, que en un año normal pueden situarse próximas a los 400.000 EUR, se proyectan en el entorno de los 250.000 EUR, debido a los tres meses de parón entre el 14 de marzo y el 15 de junio.

Manteniendo la suma de estas dos cifras en 1,4 MEUR es plausible la autofinanciación en términos operativos del Circuito de Navarra EBITDA>=0, sin aportación de subvenciones/transferencias corrientes por parte de ningún Departamento de Gobierno de Navarra, resultando en una ratio de autofinanciación operativa del 100%, mediante el complemento del resultado a través de consumos de hostelería, hospitalidad (Palcos) y comunicación/publicidad.

La situación con la cartera de pedidos actuales y previsiones de actividad propia genera una afección al resultado operativo de entre 200.000 EUR y 350.000 EUR, dependiendo de la marginalidad de la operación, que en lo que va de año es sensiblemente superior a lo previsto, pero cuyos resultados no pueden aún extrapolarse completamente.

Por otro lado, el resultado del año puede verse afectado por ingresos atípicos provenientes de ejecución de garantías provenientes del Contrato de Arrendamiento 2014-2018 prorrogado en 2019.

Pamplona-Iruña, 23 de junio de 2020

La Consejera de Cultura y Deporte: Rebeca Esnaola Bermejo

Pregunta sobre el gasto que Nasuvinsa tiene previsto destinar en concepto de compra de suelo o derechos urbanísticos para la construcción de polígonos industriales

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 114.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a la pregunta formulada por el Ilmo. Sr. D. Maiorga Ramírez Erro sobre el gasto que Nasuvinsa tiene previsto destinar en concepto de compra de suelo o derechos urbanísticos para la construcción de polígonos industriales, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 65 de 5 de junio de 2020.

Pamplona, 26 de junio de 2020

El Presidente: Unai Hualde Iglesias

CONTESTACIÓN

El Consejero de Ordenación del Territorio, Vivienda, Paisaje y Proyectos Estratégicos, en relación con la pregunta escrita 10-20/PES-00112, formulada por el parlamentario don Maiorga Ramírez Erro, adscrito al Grupo Parlamentario EH Bildu Nafarroa, tiene el honor de informarle lo siguiente:

Se adjunta relación de las actuaciones previstas a fecha de hoy:

Polígonos industriales

Arakil	Estella	Falces
Lumbier	Tafalla	Aoiz-Solano
Cascante-Monteagudo	San Adrián	Artajona
Arguedas	Lerín	Andosilla
Lodosa	Cadreita	Lekunberri
Comarca-2 ampliación	Mélida	Rocaforte
Alsasua	Caparroso	Lekaroz

La previsión de gasto para adquisición de suelo y derechos del conjunto de las citadas actuaciones asciende a 7.930.000 € en los próximos 4 años.

No se aporta la previsión de gasto de forma individualizada por prudencia procedimental, dado que la mayor parte de las adquisiciones previstas se realizarán mediante procedimiento expropiatorio, con riesgo de que el importe final se determine en procesos judiciales, y cualquier aportación de datos previos puede ser utilizada por parte de los afectados.

Es cuanto tengo el honor de informar en cumplimiento del artículo 194 del Reglamento del Parlamento de Navarra

En Pamplona, 26 de junio de 2020

El Consejero de Ordenación del Territorio, Vivienda, Paisaje y Proyectos Estratégicos: José María Aierdi Fernández de Barrena

(Nota: El anexo mencionado se encuentra a disposición de los Parlamentarios Forales en las oficinas de los Servicios Generales de la Cámara).

Serie G:
INFORMES, CONVOCATORIAS E INFORMACIÓN PARLAMENTARIA

Renuncia de D.ª Miren Aranoa Astigarraga a su condición de Parlamentaria Foral

En sesión celebrada el día 28 de agosto de 2020, la Mesa del Parlamento de Navarra adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

En relación con el escrito de renuncia presentado por la Parlamentaria Foral Ilma. Sra. D.ª Miren Aranoa Astigarraga, SE ACUERDA:

1.º Darse por enterada del escrito presentado por D.ª Miren Aranoa Astigarraga, en el que renuncia a su condición de Parlamentaria Foral adquirida en las elecciones al Parlamento de Navarra convocadas por Decreto Foral 7/2019, de 1 de abril (BON n.º 64, de 2.04.2019), en las que figuraba en la candidatura de la coalición Euskal Herria Bildu (BON n.º 83, de 30.04.2019).

2.º Ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 28 de agosto de 2020

El Presidente: Unai Hualde Iglesias

Depósito Legal: NA – 180-1980 ISSN 2254 – 1969