



DIARIO DE SESIONES  
DEL  
**PARLAMENTO DE NAVARRA**

---

X Legislatura

Pamplona, 26 de abril de 2022

NÚM. 56

---

**COMISIÓN DE SALUD**

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.<sup>a</sup> NURIA MEDINA SANTOS

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 26 DE ABRIL DE 2022

**ORDEN DEL DÍA**

— Debate y votación de la moción por la que se insta al Departamento de Salud a implementar una estrategia de prevención del suicidio en la población pediátrica y juvenil de Navarra, presentada por la Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> Patricia Fanlo Mateo.

— Debate y votación de la moción por la que el Parlamento de Navarra se compromete a crear una Comisión Especial de Salud para acordar y asentar las bases de una nueva Ley Foral de Salud, presentada por el Ilmo. Sr. D. Domingo González Martínez.

*(Comisión transcrita por la UTE Naturalvox-MondragonLingua)*

(Comienza la sesión a las 9 horas y 21 minutos).

**Debate y votación de la moción por la que el Parlamento de Navarra se compromete a crear una Comisión Especial de Salud para acordar y asentar las bases de una nueva Ley Foral de Salud, presentada por el Ilmo. Sr. D. Domingo González Martínez.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Buenos días a todos y a todas. Egun on guztioi. Damos comienzo a la Comisión de Salud con dos puntos en el orden del día. Lo único, comunicarles a sus señorías que el segundo punto se ha solicitado el aplazamiento de dicha moción. Todavía no aparece en el registro la solicitud, pero si nadie se opone, damos por buena dicha solicitud. Si nadie se opone, el segundo punto se aplazaría para otra convocatoria. Nadie se opone, pues continuamos.

**Debate y votación de la moción por la que se insta al Departamento de Salud a implementar una estrategia de prevención del suicidio en la población pediátrica y juvenil de Navarra, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Patricia Fanlo Mateo.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Continuamos con un único punto en el orden del día. Debate y votación de la moción por la que se insta al Departamento de Salud a implementar una estrategia de prevención del suicidio en la población pediátrica y juvenil de Navarra. Esta moción ha sido presentada por el grupo parlamentario Partido Socialista de Navarra. Por lo tanto, tiene la palabra para su defensa su portavoz, la señora Fanlo, por un espacio máximo de quince minutos. Cuando quiera.

SRA. FANLO MATEO: Muchas gracias, señora Presidenta. «Cuando me desperté en el hospital tuve mucho miedo, porque me di cuenta de que yo no quería morir, quería dejar de sufrir». Este es el testimonio de un adolescente de quince años que intentó quitarse la vida.

El impacto de la pandemia no está siendo ni democrática ni igualitaria, y está afectando mucho más a las personas vulnerables. Todos estamos viviendo la misma tormenta, pero cada uno va en diferentes barcos. No es lo mismo verlo desde un yate que desde un barco sin remos.

En 2020, cerca de cuatro mil personas se quitaron la vida en España. El año que más personas se han suicidado desde que hay registros. Es un 7,35 por ciento más respecto al 2019 y el segundo año consecutivo de subida, según los datos del Instituto Nacional de Estadística. Cada dos horas y cuarto se suicida una persona, once personas al día. La defunción por suicidio ha sido de nuevo la primera causa de muerte no natural en España, y la segunda causa de muerte en jóvenes entre quince y veintinueve años. Llevamos trece años consecutivos siéndolo. Ha vuelto a superar a las cifras de los accidentes de tráfico, las caídas accidentales y a los ahogamientos.

Es la primera vez que España alcanza catorce suicidios de menores en quince años, duplicando los casos del año 2019, y además el suicidio en personas mayores de ochenta años ha aumentado también un 20 por ciento. A esto habría que sumar otras cifras, como son la de los intentos y de la ideación suicida.

Navarra ha registrado cincuenta y ocho suicidios en el año 2021, un 31,8 por ciento más que en el año anterior. Treinta y ocho hombres y veinte mujeres con una media de edad de 50,6 años.

En varones se incrementa esta problemática en la franja de edad de 21 a 30 años y en la de 45 a 50. Mientras que en mujeres los tramos con más casos son los de 41 a 50 años y el de 51 a 60.

Por otra parte, veintitrés de las personas que se quitaron la vida, es decir, cuatro de cada diez estaban en contacto con la Red Pública de Salud Mental. La presencia de intentos previos de suicidio, además fue del 30 por ciento.

La mitad de las personas que se quitaron la vida en Navarra en el año 2021 tenían un diagnóstico de salud mental. En este sentido, los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos y los trastornos por consumo de sustancias, seguidos también de los trastornos de ansiedad, de personalidad y los esquizofrénicos.

Estos datos, señorías, son tremendos, pero lo que es alarmante es que los suicidios en jóvenes se cuadruplican en Navarra en cinco años. Once personas menores de treinta años se quitaron la vida en 2021, frente a los tres que lo hicieron en el año 2017. Se han alcanzado máximos históricos.

El Partido Socialista, y seguro que ustedes también, no puede permanecer ajeno a esta realidad. Lo humano nos es propio. Tenemos que recordar que hay mucho dolor detrás de estas cifras. Lo están alertando también los propios profesionales, sanitarios y psiquiatras del Hospital Universitario de Navarra. Ahora, en cada guardia de Psiquiatría, prácticamente vas a ver uno o dos casos de intento autolítico en adolescentes.

El suicidio en nuestro país y en Navarra es una auténtica lacra. Una tragedia monumental. No solo porque han aumentado los casos, sino por todo lo que esto conlleva y hay detrás. Hay que actuar en Salud Mental, romper tabúes, normalizar la atención y hablar de forma natural y preventiva de una especialidad que nos deja cifras y dramas demoledores. No sería fácil ponerme en la piel de quien no puede pagar la calefacción de sus hijos, no podría imaginar quien no puede comprar unas zapatillas a su hijo, quien teme el desahucio, o quien en una palabra se sube al tren de la desesperación. Pero sí puedo, y debemos procurar encender la luz en el abismo del túnel del no retorno.

Vamos a analizar la realidad para procurar revertirla. Según los datos del informe *Mental Headway 2023*, España es uno de los países de Europa con menos profesionales en Salud Mental, sumando psiquiatras, psiquiatras infantiles, psicólogos y enfermeras especializadas, 25 por cada 100.000 habitantes. Muy lejos queda de los profesionales que tienen otros países, como Suecia que tiene ciento cincuenta o Finlandia con doscientos. Una de cada tres consultas, además, en Atención Primaria, tiene relación con problemas psicológicos, pero solo el 10 por ciento van a ser derivados a Salud Mental. No ayuda para nada que haya que gastarse ente setenta y cinco o cien euros semanales en consultas privadas.

La puerta de entrada de la Salud Mental –está claro, y todos lo sabemos– es la Atención Primaria. Hay que tomar medidas ya desde la base y a largo plazo. La clave es formar en las escuelas a los equipos de emergencia y a los sanitarios. Hay que dar herramientas para reconocer el problema y así se mejora la conducta suicida. Puede que fuera impensable que en los colegios se hablara hace años de drogas, de pornografía o de violencia de género. Ahora lo hacemos. ¿Por qué no vamos a empezar a hablar del suicidio?

Si empezamos ya a hablar del suicidio y de la salud mental, abrimos la puerta a la lluvia fina que no moja, pero acaba empapando. Solo se habla de suicidio tres veces al año. El 10 de septiembre, que es el Día Mundial de la Prevención del Suicidio, cuando salen las cifras del INE, del Instituto Nacional de Estadística, y todos nos echamos las manos a la cabeza, y cuando una persona de relevancia o famosa se suicida o habla de su salud mental.

La soledad, la incertidumbre, la precariedad, debe ser una prioridad política para que no sea solo una moda, y para ello debemos tener en cuenta que esto nos puede pasar a todos. Nos puede pasar a todos, a todos y cada uno de nosotros. No es una cosa ajena. No es una cosa de los otros. No es agradable, claro que no lo es. Está el suicidio y la culpa indescriptible del porqué. Ese es el problema, pero también una realidad que nos dice que hay un claro cambio de tendencia.

Hay compañeros sanitarios que me dicen que no preguntan a los pacientes por miedo a qué les van a responder. «¿Ha tenido alguna vez ideas suicidas? Sí. Dicen que sí, pero no sabemos cómo gestionarlo, por eso no lo preguntamos». Ese es el error, el grave error. La clave entre el éxito, la segunda oportunidad y la vida que sigue es precisamente la prevención de la tragedia. Sí, lo sabemos, el suicidio se puede prevenir. Vamos a empezar a borrar el estigma, la culpa, el señalamiento con el dedo, la vergüenza y la ocultación. Eso lo pueden hacer los profesionales sanitarios. El silencio no sirve de nada. No hablar de suicidio, lamentablemente, aumenta el suicidio.

La OMS elaboró un decálogo de cómo tratar de suicidio en los medios de comunicación. Uno de sus lemas para combatirlo fue precisamente: «Hablemos». Durante mucho tiempo, los medios de comunicación han abordado apenas el asunto, porque se creía que provocaba un efecto contrario, el efecto llamada. Pero entre las recomendaciones que da la OMS, se encuentra el informar con responsabilidad, el alejarse de sensacionalismo, cuidar el lenguaje, cuanto menos detalles mejor, aportar datos y testimonios fiables, no simplificar una realidad compleja, desmentir mitos y falsas creencias, cuidar las redes sociales, informar con un enfoque positivo y ofrecer sobre todo información de ayuda.

A los adultos nos da miedo hablar de suicidio con menores. Suena lejano. «A mí no me va a ocurrir». Bueno, pues sucede en todas las edades y en todas las clases sociales. Personas con una vida normal pueden caer en una depresión ante la pérdida de trabajo, la soledad, la falta de recursos, y no es un problema individual, es de todos. Es de la sociedad. Todos debemos sentirnos cómplices y sentirnos interpelados. El porcentaje de reintentos de suicidio es del 20 por ciento al año en el cómputo general, y sube hasta el 40 entre los jóvenes cuando no se interviene.

Si van a terapia tras una tentativa, ese porcentaje baja al 5 por ciento. Echemos números, pongamos nombres y apellidos a todas y cada una de las muertes que podamos evitar. Hay que romper mitos, y uno de ellos es que se hace para llamar la atención. Otro de los mitos es que el que lo hace no avisa. Otro mito es que solo alguien muy egoísta puede quitarse la vida.

Es estremecedor pensar en el sufrimiento que tienen estas personas para llegar ahí. Porque las personas que hacen esto no quieren morir, solo quieren dejar de sufrir. Esa es la clave para la prevención. El perfil es todas las edades, ya lo hemos dicho, y todas las clases sociales, desde

víctimas de la violencia machista hasta estudiantes, una niña superdotada o una madre con una depresión posparto. Pero según los expertos psiquiatras, hasta el 90 por ciento de las personas que se suicidan tienen en ese momento una enfermedad mental que se puede tratar. La adolescencia es un factor de riesgo.

Casi todos los suicidios vienen precedidos de señales. Los adolescentes son un grupo de riesgo, porque es un momento de vulnerabilidad y las depresiones en los jóvenes son más difíciles de detectar, porque no siempre se muestran con tristeza, sino todo lo contrario, con ira y con agresividad. El hermetismo en esas edades dificulta más las cosas, por eso hay que mejorar la comunicación con nuestros jóvenes.

Desde el Gobierno de Navarra esta legislatura se ha ido dando pasos importantes, como la creación de la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas en Navarra, Napresui. El año pasado Navarra cuenta también con una página web, desarrollada por la Comisión, y que está concebida como un elemento a disposición de toda la ciudadanía para obtener información del suicidio. También, a través de la Red de Salud Mental se está trabajando en la implementación del Código Suicidio, una herramienta innovadora y que está integrada en la historia clínica.

Desde el Partido Socialista de Navarra tenemos la convicción de que solo con la concienciación social y el compromiso sanitario y político podremos afrontar este gran reto. Quiero dar las gracias desde aquí a la Asociación Besarkada, por la labor que realizan en Navarra, por la colaboración en la realización de esta moción. Desde luego, compartimos sus demandas y sus reivindicaciones.

Quiero terminar con una última reflexión, que estoy segura que compartiremos entre todos nosotros, los que estamos en esta sala: Todas las vidas deben ser salvadas y cuidadas, en el suicidio consumado no hay espacio para el arrepentimiento, solo para el desgarrar y el dolor de quien se va y de quien se queda. Muchas gracias, mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. Comenzamos con la intervención de los turnos a favor y los turnos en contra. ¿Turnos a favor? Todos los grupos a favor. Comenzamos entonces con la intervención del Grupo Parlamentario Navarra Suma. Tiene la palabra su portavoz, la señora Ibarrola, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias, Presidenta. Buenos días. Cuatro mil muertes por suicidio en 2020; once personas al día, una cada dos horas y cuarto, máximo histórico en España desde 1906 que tenemos datos. El suicidio es la principal causa de muerte no natural en nuestro país, segunda tras el cáncer, entre los quince y los veintinueve años, y en menores de quince años se ha duplicado en el último año. En Navarra, cuarenta y cuatro muertes por suicidio en 2020, ocho en menores de treinta años; en 2021, cincuenta y ocho. En total, once en menores de treinta años. Por cada suicidio consumado se estima que hay unos veinte intentos, y entre el 30 y el 40 por ciento tienen tentativas previas.

Según un estudio del Consejo General de Psicología de España, un 15,5 por ciento de la población ha tenido ideas suicidas. Este porcentaje se incrementa entre los dieciocho y los veinticinco años hasta un 25,7 por ciento. Así que, en Navarra, poniendo datos a estas

estimaciones, además de las once muertes producidas por suicidio, se estima que se han producido doscientas veinte tentativas en menores de treinta años, y aproximadamente 42.000 navarras y navarros menores de treinta años han tenido alguna idea suicida. Cifras abrumadoras que dejan a sus espaldas un tremendo sufrimiento.

La Ley de Protección de Infancia estableció en 2021 la obligación de desplegar protocolos de prevención del suicidio y conductas autolesivas en el ámbito escolar, y diferentes comunidades están trabajando en planes y protocolos. Afortunadamente, Navarra ha retomado tras unos años de abandono ese protocolo que fue pionero en 2014. Pero la envergadura del problema, el enorme sufrimiento que conlleva y el claro empeoramiento en los últimos años, hace que tengamos que multiplicar esfuerzos para ser más efectivos en la prevención del suicidio, un verdadero drama social y familiar, más si estamos hablando de niños, adolescentes y jóvenes. Un esfuerzo que tiene que hacer el Gobierno de Navarra para seguir avanzando en la implementación de un plan integral de prevención del suicidio, que debería adaptarse a la prevención del suicidio infantil y juvenil, en consonancia, además, con el reconocimiento de la nueva especialidad de Psiquiatría Infantil. Son muchos los agentes implicados, que yo también aprovecho la ocasión para felicitar a la Asociación Besarkada-Abrazo, por la extraordinaria e impagable labor que están haciendo desde hace mucho tiempo, en un inestimable acompañamiento y ayuda que están proporcionando a muchos familiares y amigos de casos de suicidio en Navarra.

UPN ha presentado también una moción pendiente de debate en el Senado, instando al Gobierno a elaborar un plan nacional de prevención del suicidio, y ha organizado una jornada de sensibilización y prevención del suicidio que se celebra justo este mismo viernes en el Senado. Acciones muy necesarias porque, como he dicho, hay comunidades, diferentes comunidades, Navarra también, que están haciendo acciones, pero no tenemos en España un plan nacional de prevención del suicidio. Un problema que es complejo y multifactorial. Entre otros factores de riesgo de suicidio infantil y juvenil, encontramos haber estado involucrado en situaciones de violencia, acoso escolar o ciberacoso, el *bullying* multiplica por 2,2 el riesgo de padecer ideación suicida, por 2,5 el riesgo de tentativas.

El riesgo es mayor en familias con rentas bajas y hay que prestar especial atención al riesgo emergente que suponen las nuevas tecnologías y especialmente las redes sociales, canales de comunicación muy peligrosos en chicos y chicas especialmente vulnerables. La pandemia sabemos que ha agravado los problemas de salud mental y la situación emocional de muchos niños, adolescentes y jóvenes. El confinamiento, la falta, las limitaciones de relaciones sociales, la incertidumbre económica, las limitaciones y la falta de expectativas, el desempleo. Según la Asociación Española de Pediatría, se han duplicado las urgencias psiquiátricas en población juvenil y se han multiplicado por tres y agravado trastornos mentales, como trastornos de conducta alimentaria, trastornos obsesivo-compulsivos, ansiedad, depresión, intentos de suicidio en adolescentes, que han crecido un 250 por ciento, según el Colegio Oficial de Psicología de Madrid.

En Navarra, en esta legislatura, el deterioro en la Atención de Salud Mental Infanto-Juvenil es un hecho. La lista de espera en primera consulta de Salud Mental Infanto-Juvenil ha pasado en esta legislatura de trece a cuarenta y ocho días. Se multiplica por cinco. Pero el problema

fundamental, además, está en la imposibilidad de seguimiento de esos menores y adolescentes con problemas de salud mental, después de esa primera visita.

Han sido incapaces de cubrir la actual plantilla de psiquiatras infantiles. Ya de por sí, como bien ha dicho la señora Fanlo, baja en comparación con las ratios de Europa. No han implementado medidas efectivas para atraer y retener profesionales, y han rechazado constantemente nuestras propuestas. Ni el incremento salarial al que se comprometieron y no cumplen, ni eliminan la exclusividad, ni cambian el sistema retributivo orientado a resultados.

Si hablan con profesionales, confirmarán que es la peor situación que han vivido nunca. Faltan plazas de psiquiatras infantiles por cubrir. No es que hayan puesto más, es que no han cubierto las que había. Las consultas de Psiquiatría Infantil privadas están a tope, como nunca, ante el colapso de la situación de la Psiquiatría Infantil en el sistema público. Desconocemos cómo van a abordar el futuro, si tienen fecha, por fin, para la construcción de ese nuevo centro que se necesita de Salud Mental Infanto-Juvenil o qué pasos han dado para acreditar la unidad docente. Porque las comunidades de alrededor están dando pasos. Nos estamos jugando el futuro asistencial de la atención a la salud mental de nuestras niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

Por eso, aunque evidentemente estamos de acuerdo con la moción, confieso que cuesta entender algunas propuestas, ahora, después de tres años, con todos ustedes aprobando presupuestos. A pesar del claro incremento de necesidades de Salud Mental que todos reconocemos, el presupuesto dedicado a Salud Mental es un 3 por ciento, 38 millones de euros; eran 37,2 en 2021, igual que el consolidado de 2020. El incremento es de un 2 por ciento. ¿Qué quieren decir entonces con un incremento significativo del presupuesto en Salud Mental? ¿Cuánto de significativo? ¿En cuánto tiempo? El año que viene, la legislatura siguiente, con otro Gobierno, el impacto de la pandemia requería incremento de presupuesto en 2021 y en 2022, pero todos ustedes, con un acuerdo de pentapartito no lo deberían entender así al pactar los presupuestos. Se necesitan hechos, no palabras.

Llevamos siete años escuchando la promesa de psicólogos clínicos en Atención Primaria, y digo clínicos, porque es el perfil profesional por el que nosotros apostamos y el que normativamente tiene la titulación para poder detectar y tratar trastornos mentales en centros sanitarios públicos. ¿Cómo han avanzado en estos siete años? Ahora empezamos con un piloto en tres centros de salud. Tres psicólogos en tres centros de salud. El psicólogo de Tudela está haciendo una sustitución a un psicólogo del Centro de Salud Mental; algo que ocultó la Consejera cuando dio sus explicaciones sobre esto. Tras siete años empezar un piloto con tres psicólogos en tres centros, sin haber trabajado un plan, sin haber definido ni funciones ni competencias ni atribuciones, el *modus operandi* del Departamento de Salud. Nuestra propuesta, desde luego, no pasa por un piloto en tres centros de salud, sino un plan posterior. Pasaría más bien por garantizar, al menos, una derivación directa que defendemos desde hace muchos años, desde Atención Primaria a Psicología, con protocolos definidos y con equidad para toda Navarra.

Lo de reforzar Pediatría ya me parece para nota. El Departamento de Salud tenía que haber presentado un plan de Pediatría con una moción que fue aprobada en este Parlamento y que lleva ya ocho meses de retraso desde la fecha final que tenía para haber presentado aquel plan, y es otro *modus operandi* del Departamento de Salud de este Gobierno, incumplir sistemáticamente todas las iniciativas parlamentarias que se aprueban en esta Cámara.

No sé, a ver si al fin llega la incorporación de esos pediatras de Atención Primaria de la OPE, porque desde luego, hasta hoy, en esta legislatura, la situación de Atención Pediátrica en Navarra ha sido la peor también que habíamos conocido. Hablan de innovar, miren, lo que tenían que haber hecho es aprovechar los fondos europeos para presentar programas de innovación a las nuevas necesidades de atención en Salud Mental. Pero claro, para eso tenían que haberlos trabajado previamente, y es mucho más fácil dedicarlos a construir centros de salud que ya estaban previstos en el presupuesto de 2020, de forma ordinaria, y no tener el trabajo hecho, una oportunidad perdida.

En todo caso, el aumento de necesidades de Salud Mental es un hecho —estoy terminando—. Las consecuencias sobre menores, adolescentes y jóvenes, un drama social. Para mejorar la prevención y la atención integrada a trastornos mentales, problemas emocionales y la fatalidad del suicidio, desde luego, pueden contar siempre con nuestra colaboración y nuestro apoyo. Como dice el *leitmotiv* de los expertos que se dedican a prevención del suicidio, el suicidio es una solución eterna para un problema temporal. Todos los esfuerzos como sociedad y como grupos parlamentarios en esta Cámara, desde luego, serán pocos para prevenir nuevos casos y evitar sufrimiento y un drama tremendo que supone. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. Continuamos con el Grupo Parlamentario Geroa Bai. Tiene la palabra su portavoz, la señora Ansa, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Egun on, señorías. Es un gusto verles la cara a todos y a todas. De verdad que eso es un elemento de salud positiva, claramente. Gracias, Presidenta, y gracias, señora Fanlo, por la moción que nos ha traído.

Yo comparto la primera afirmación que ha hecho en su planteamiento. No todas las personas que intentan un suicidio quieren morir. Pero todas, indudablemente, quieren dejar de sufrir. Eso es especialmente cierto en las personas jóvenes, adolescentes y niños y niñas. Cuando el grado de sufrimiento es muy elevado o sobrepasa las capacidades de afrontamiento o el horizonte se va cerrando sin ofrecer ninguna salida aparente, aumenta de forma sobremanera el riesgo de suicidio. Hablamos hoy con esta moción del tramo más joven de la vida, una población en proceso de formación, en desarrollo de todas sus capacidades y con una especial vulnerabilidad, y dependen de forma sobremanera del entorno en el cual viven y el ecosistema que les rodean. Si el suicidio, en términos generales, supone un revulsivo social que nos cuestiona a todos, el suicidio en tramos sectoriales jóvenes lo hace especialmente. ¿Qué tipo de familia, escuela, convivencia, sociedad, estamos ofreciendo? Llegados a este punto de malestar y sufrimiento, tenemos que ser capaces de dar una respuesta a esta necesidad, con los recursos necesarios y suficientes para abordar la salud mental de nuestros jóvenes y menores, y con la urgencia que precisa en los casos de riesgo y amenaza de suicidio.

Comparto la preocupación que nos van dando las cifras y los datos que tenemos. La tasa española de suicidio para los años 2015 y 2017 era, en comparación con los países de la OCDE, claramente por debajo de la mayoría de los países europeos. Ya, si nos comparamos con los países bálticos, ni les cuento. Realmente tenemos menos tasa. Pero es cierto que la pandemia ha acelerado los procesos y hay datos que lo reflejan. No me voy a detener mucho, porque además han ido saliendo ya. Pero es cierto que el número de visitas a los servicios de urgencia

por intentos de suicidio entre adolescentes de doce a diecisiete años ha aumentado en España un 26 por ciento durante los primeros meses de la pandemia, hasta agosto de 2020. Este incremento se ha ido acentuando después. En febrero y marzo del 2021 las mujeres entre dieciocho y veinticuatro años que acudieron a servicios de urgencia por intentos de suicidio, aumentaron en un 50 por ciento respecto al mismo periodo del año anterior. Es decir, la pandemia ha acelerado muchas situaciones que eran ya bastante insostenibles.

El teléfono de la esperanza, línea de atención al suicidio, dice que la pandemia ha disparado la demanda de atención en adolescentes y jóvenes. En 2020 se atendieron en España 160.646 llamadas, un 38 por ciento más que el año anterior. De estas, aproximadamente 8.000 eran menores de veinticinco años, y unas 3.000 menores de dieciocho. También se ha observado un aumento significativo de autolesiones como forma de mitigar el dolor emocional, provocándose un dolor físico.

Hay que preguntarse por los factores de riesgo que han aparecido y que han ido sumando a los que ya había. Porque las probabilidades de que se manifiesten conductas suicidas en jóvenes tienen mucho que ver con un desajuste entre los elementos protectores y los elementos que realmente desequilibran. Entre los factores de riesgo, indudablemente, están los socioeconómicos. Las familias con rentas bajas tienen un mayor número de conductas o ideaciones suicidas en todos los tramos, también en jóvenes y adolescentes. En una encuesta no excesivamente formal a dos mil padres y madres sobre cómo percibían la salud mental de sus hijos, el informe señala que la incidencia de estos problemas es tres veces mayor en las familias sin empleo, ideaciones suicidas en niños y adolescentes.

Tras la covid, esto ha ido aumentando. Además, los niños y adolescentes que viven en hogares con bajos ingresos tienen una probabilidad cuatro veces mayor de sufrir trastornos mentales y de conducta que los que viven en situaciones de hogares con rentas más altas.

También en los hogares más pobres se concentra la mayor población de población migrante, con lo cual, en estos niños y niñas de población migrante se van dando todos aquellos elementos que realmente desajustan la convivencia familiar.

Los contextos más habituales que reflejan riesgo tienen que ver con situaciones de conflicto familiar grave, acoso escolar. También aumenta el riesgo de suicidio en los acosados, curiosamente, por desajustes. El fracaso escolar aumenta tener comportamientos de riesgo, las humillaciones y malos tratos, la soledad, la falta de apoyo de adultos de referencia, los engaños amorosos y las relaciones de maltrato, la muerte de seres queridos, la discriminación sexual y la no aceptación o dificultades relacionadas con la orientación sexual, el tener un trastorno psiquiátrico previo, ansiedad, depresión, los intentos de suicidio anteriores, el consumo de alcohol y otras sustancias, el estigma asociado a pedir ayuda.

Una de las cosas que sabemos es que mientras más desesperadas y desesperanzadas están las personas, tienen más posibilidad de hacerse daño a sí mismas y terminar con su vida. Lo mismo ocurre si sienten mucha vergüenza o si sienten que no pueden con ello, que no valen nada. Es decir, el suicidio se puede prevenir, y se puede prevenir de forma sistémica, actuando en estos factores de riesgo, que son los que provocan un sumatorio a las ya tentativas de suicidio. Elementos clave protectores, las buenas habilidades para resolver problemas y para resolver

conflictos de manera no violenta. La presencia de vínculos fuertes, sentirse protegido, pero también saber pedir ayuda. Las campañas de sensibilización, pero también reforzar y aumentar las escuelas de padres con programas de parentalidad positiva. El acceso fácil a la atención médica y psicológica, atención efectiva en trastornos mentales y físicos y el uso de sustancias. Buena atención a la salud mental y a la salud en general, tiene que ver con relaciones continuas y con hacer que los niños se sientan vinculados a los profesionales sanitarios.

Sensibilización y capacidad de detectar a tiempo conductas de riesgo, ofrecer una atención integral y en colaboración con lo comunitario, que ya hemos visto que es donde claramente habría que reforzar estos esfuerzos. Consideramos fundamental la formación en sanitarios para ser capaces de detectar precozmente y no tener miedo a preguntar por las conductas suicidas. Escuelas y espacios educativos protectores. La escuela juega un papel fundamental en la prevención y la detección temprana de estos planteamientos. Formación para reforzar la educación emocional, prevenir el acoso escolar, prevenir el fracaso escolar.

Por supuesto, las campañas de comunicación, hablar del suicidio, pero ahí siempre nos encontramos entre Papageno y Werther. En Papageno tres niños son capaces de ayudar en la prevención del suicidio y en Werther hay un efecto llamada. Es cierto que se producen las dos cosas y hay que saber cómo hacerlo.

La presencia de asociaciones, Besarkada, está claro, y otras más. Pero también hay que hablar y poner en la agenda, en nuestra propia agenda, y hacerlo de forma respetuosa, que contribuye a evitar estigmas y vergüenza. Hay que hacer que las comunidades, barrios, pueblos y ciudades sean acogedores, sean compasivos. No puedo dejar de nombrar las ayudas económicas y el colchón de seguridad que ofrece. En los países nórdicos, Finlandia a la cabeza, en los cuales los datos de suicidios son altísimos, en las crisis económicas, tanto en la anterior como en esta, no han aumentado los suicidios gracias a que tienen un colchón económico de protección muy potente. Realmente, ese es uno de los elementos que más sirve.

Es decir, tenemos que proporcionar el mejor de los servicios sanitarios, psicológicos y psiquiátricos, con un acceso fácil y en tiempo adecuado a los servicios. Pero hay que ampliar la mirada a los ecosistemas donde están transcurriendo la vida de nuestros jóvenes, niños y adolescentes. Es decir, votaremos que sí a la moción, pero nunca ha sido más urgente y necesario llevar la salud a todas las políticas. Mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. Continuamos con el señor González, portavoz del Grupo Parlamentario EH Bildu. Tiene la palabra por un espacio máximo de diez minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, mahaiburu andrea. Egun on guztioi. Buenos días a todos y a todos. Supongo que voy a repetir un poco muchos de los datos que se han dado, pero me parecía interesante. También me parece interesante hablar, al final, todas las personas tenemos unos entornos donde hemos visto o sufrido situaciones tan dramáticas como son los suicidios consumados.

En mi pueblo, este mes una joven de veintiún años acababa con su vida. Reunía una serie de los factores de riesgo que se han señalado. Por un lado, era una persona de familia migrante, de

nivel económico bajo y que habría sufrido *bullying* en su entorno escolar. Pero hace cuatro años volvió a pasar lo mismo con otro joven, también reunía los mismos requisitos: migrante, joven, acoso escolar y un entorno socioeconómico, desde luego, nada favorable.

Es decir, sabemos que hay unas poblaciones que tienen una serie de riesgos, y mientras más riesgos acumulan, más posibilidades tenemos que se den estos sucesos. Entonces, pensamos que sí que es interesante señalar a estas poblaciones de riesgo, buscarlas y atenderlas de una forma más específica, porque sabemos que los riesgos multiplican, mientras más riesgos se acumulan, más posibilidades existen de que estos desenlaces se lleven a cabo. La depresión infanto-juvenil, desde luego, es uno de los problemas que tenemos más importantes de salud pública, sobre todo por su alta prevalencia y por el impacto negativo que supone tanto para el paciente como el riesgo vital que conlleva. Es la primera causa de carga de enfermedades en población de diez a veinticuatro años, por encima desde luego, de los accidentes de tráfico, de la violencia o de las enfermedades infecciosas.

Además, tiende a la recurrencia. Es decir, se tiende a repetir estos procesos y a la cronicidad. Es decir, acabamos teniendo una serie de colectivos que no van a salir en su vida de este riesgo, y eso también es importante saber y cómo podemos atajarlo.

Lo que se ha dicho, yo creo que es acertado en todas las intervenciones de las portavoces, el diagnóstico y el tratamiento precoz es esencial para reducir el impacto negativo y debemos reconocer que solo llegamos a una pequeña cantidad de los niños y niñas, de los jóvenes que tienen estos problemas. Ahí creemos que se pueden hacer, por lo menos, nuestra intención es seguir haciendo más cosas.

Algunos datos, yo estuve releendo el Libro Blanco de la Depresión y del Suicidio, porque recogía una información más actualizada. Hablaba un poco de datos que se recogen en Estados Unidos, en la Encuesta Nacional de Salud que se desarrolló allí en el 2016, donde habla de que entre el colectivo de preescolar hay un 1 por ciento de prevalencia de este riesgo, en edad escolar del 2 por ciento, y en la adolescencia del 7 por ciento. En la adolescencia es donde las mujeres pasan a ser, desde luego, el colectivo más afectado por este tipo de riesgos.

Luego, leí un poco sobre las recomendaciones que se hacen, la guía NICE, un poco las recomendaciones en cuanto a tratamientos, en cuanto a asistencia que se debe dar a estos colectivos. Habla del tratamiento con la fluoxetina, pero también, sobre todo, combinado siempre con psicoterapia. Es algo que ahí es donde creo que tenemos muchísimo para mejorar. Es una de esas iniciativas que nos esforzamos por introducir en los Presupuestos Generales de Navarra de este año, una partida que permitiera implantar la Psicología en la Atención Primaria, porque creemos que, como se ha dicho ya por las portavoces, es la puerta de entrada, y creemos que es donde antes se puede incidir en este tipo de comportamientos, de situaciones de riesgo y evitar que vayan enquistándose y al final acaben siendo un problema de salud mucho más grave.

El suicidio está entre las cinco primeras causas de muerte de la población adolescente a nivel mundial, en el Estado es la segunda. La mayoría de las personas que intentan suicidarse lo harán antes de los veinte años. Es decir, que sabemos perfectamente un poco el procedimiento. Luego, la tasa de suicidio consumado es, a mí me resulta interesante, porque si de los cero a los catorce

años es solo de 1,6 personas por millón, en chicos, en chicas es de 2, entre los quince y los diecinueve es de 28, y en las chicas es de 15. Es decir, que hay una multiplicación. Sabemos que tenemos una franja etaria entre los catorce, los quince y los veinte años, donde vamos a tener problemas muy concretos que tenemos que afrontar. Ahí creo que ya no es solo la asistencia sanitaria que podemos facilitar, sino probablemente, lo que nos deja entrever es también que hay una serie de factores, de determinantes sociales que hacen que esta situación en ciertos colectivos se multiplique, y que ahí sí que deberíamos poner muchos recursos.

Desde luego, la prevención de la conducta creemos que debe basarse en la identificación de estos colectivos vulnerables. Creemos que es importante, desde luego, llevar unos registros, con la aparición y la intensidad de los distintos factores de riesgo. Ahí nosotros con la enmienda lo que hemos intentado es poner en marcha toda esta serie de iniciativas. Creemos que hay que definir muy bien los planes, los protocolos que se deben desarrollar en Atención Primaria, la interrelación que tiene que haber con el resto de profesionales. Con Pediatría, sobre todo, por la edad infantil, pero en la adolescencia ya pasaríamos a Medicina, a Enfermería y, sobre todo, las trabajadoras sociales. Porque pensamos que, si el factor socioeconómico es importante, la persona que probablemente antes va a tener información sobre este riesgo es la trabajadora social, y ahí creo que hay que hacer medidas, desde luego, específicas de ayuda a estas familias, de ayuda a estos jóvenes, para evitar que acabemos teniendo estos desenlaces que ni los buscan ellos ni los busca la sociedad.

Nosotros vamos a votar a todo a favor. Nos parece una propuesta, una moción interesante, en el sentido de que incide en una serie de dinámicas que creemos que van a ser positivas y que pueden mejorar la atención a estos colectivos. Desde luego, sí que nos gustaría que, desde el departamento, simplemente, de la forma más rápida posible, esa partida dedicada para intentar contratar a quince o dieciséis profesionales de Psicología, que creemos que podrían hacer una labor muy importante, y más con la tendencia a mayores problemas de salud mental que tenemos entre nuestra población infantil y juvenil. Nada más, muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. Para finalizar los turnos a favor, tiene la palabra el señor Buil, por parte de la agrupación de parlamentarios y parlamentarias forales de Podemos Ahal Dugu, por un espacio máximo de diez minutos. Cuando quiera.

SR. BUIL GARCÍA: Gracias, Presidenta. Buenos días, y gracias a la portavoz del Partido Socialista, por traer esta moción y este debate, que creo que está siendo muy interesante para todos, no solo para visibilizar el suicidio en sí, sino también con una carga emotiva importante, que es la que creo que tenemos todos hoy.

Yo me he acordado mucho de la experiencia del trabajo que he podido hacer en Protección al Menor, y también de algunas personas que he perdido como trabajador social, usuarios que se han suicidado. Sí que tengo la sensación de que el abordaje que hacemos desde Salud, desde luego, es absolutamente necesario. Por eso vamos a votar a favor. Creo que hay mucho trabajo previo antes de llegar a detectar un trastorno ya que pueda estar cristalizado o un suicidio. Esa sea la última parte de un proceso mucho más largo.

Ayer leí en un informe de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes, en el que decía que el 35 por ciento de las personas que sufren trastornos mentales en edad adulta han

padecido abuso, maltrato, negligencia o dejación. Por lo tanto, la salud mental empieza ahí, como bien también ha explicado la portavoz de Geroa Bai. Es un trabajo complejo. No es un trabajo que se pueda resolver por la vía medicamentosa. El niño, al final lo que hace es actuar las emociones de su entorno y, de alguna manera, es el emergente de lo que vive.

Hemos visto a muchos niños tratados por hiperactividad y a nivel profesional todos sabíamos que lo que había que hacer es intervenir precisamente en una relación conflictiva de sus padres. Por lo tanto, nosotros, desde luego, me he acordado mucho del proyecto de ley que vamos a aprobar este jueves, de protección a la infancia, que habla muchísimo de toda la observación que tienen que tener todos los dispositivos, de una forma transversal, educación, trabajo comunitario, para poder observar todo esto.

Yo lo que creo también es que el suicidio es un efecto social, principalmente. No se puede explicar desde el ámbito sanitario, propiamente dicho. En ese sentido, hay varias explicaciones. Hay un autor, que es Durkheim, un sociólogo famoso que hizo un libro, *El suicidio*, en el que explicaba, hacía un análisis comparativo de diferentes sociedades y veía la incidencia del suicidio. Por ejemplo, los católicos, las sociedades católicas se suicidan menos que las protestantes. Evidentemente, porque como todos sabemos, dentro del dogma católico, si te suicidas, acabas quemado en el infierno. Eso hace que esto sea un tabú en nuestra sociedad. Porque venimos de eso. Venimos de no tratar el suicidio, de tratarlo como un delito, no ya solo un delito en la legislación, sino como un delito moral de alta altura.

Lo mismo nos pasa con el incesto, y con el abuso y con el maltrato, es otro tabú social. Es algo en lo que, desde luego, creo que para cuando se llega, generalmente es tarde. Hablo de la intervención con niños que están constituyendo su personalidad, que están constituyendo su identidad y que es ahí donde se puede despertar por un vínculo malicioso, por un vínculo inestable, en muchos casos, del menor con sus familiares, es ahí donde la ideación suicida, trastorno de límite de personalidad, psicosis, esquizofrenia o bipolaridad son formas de escapar. Son formas de escapar, y una de ellas es el suicidio, pero la bipolaridad es otra cuando se está constituyendo esa identidad, ese futuro adulto.

Por eso, desde luego, nosotros compartimos la vía de la Psicología Clínica, la vía de la Psicoterapia. Todo lo que tenga que ver dentro del ámbito de Salud para poder abordar el problema de una forma integral. El problema, probablemente, no lo tenga el niño. Sí que lo tiene el niño. Evidentemente, es la parte más sensible, emergente, actuante de todas las emociones de su entorno. Pero lo que hace falta es implicar, precisamente a su entorno. Hoy me he centrado más en el familiar. Podemos hablar de *bullying*, como han hablado ustedes, de otro tipo de cuestiones, y abordarlo desde la máxima implicación, incluso con medidas coercitivas, que eso también de alguna manera se plantea en la Ley de Protección al Menor, en relación con la calidad de las relaciones familiares.

Decía que Durkheim hablaba del suicidio. Lo que venía a decir es que el suicidio en las sociedades industriales tiene que ver con que hay un componente de comparación. Es decir, qué es el éxito y qué es el fracaso en relación con las personas que tengo alrededor. Ahí veía que no solo el suicidio es cosa de pobres, que también, evidentemente, se da en las clases altas, cuando en su comparativa con su entorno son o se sienten fracasados en relación con el éxito de los demás.

Esta es una explicación, es una teoría, como cualquier otra. Pero creo que nos ayuda a entender cómo puede funcionar.

Finalmente, en los ámbitos que todos han descrito como ámbitos sociales y económicos, pues es que somos la cuarta economía europea, pero somos la tercera economía con mayor pobreza infantil. Evidentemente, tenemos una enorme tasa de pobreza infantil por todas estas cuestiones que ustedes han planteado. El trabajo tiene que estar en dar seguridad económica, ¿a quién? ¿A los niños? No, a las familias que van a estar vinculadas a esos niños, con mayor o con menor seguridad y con un vínculo más o menos sanador en ese sentido.

Sin más, todas estas reflexiones queríamos hacer. Debo agradecer, como ya hemos hecho en la moción, el trabajo de Besarkada, y votaremos a favor. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor Buil. Para finalizar este primer y único punto en el orden del día, tiene la palabra para su turno de réplica la señora Fanlo, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchas gracias, señora Presidenta. Quiero dar las gracias a todos los portavoces de Salud de los distintos grupos parlamentarios. La verdad, he de decir que el debate ha sido muy enriquecedor. Hemos sacado distintas visiones y propuestas. Esperemos que no haya que traer otra vez una moción, haciendo o alertando de este problema, y que se pongan ya los medios necesarios para evitar esta lacra. Muchas gracias. Mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Comenzamos la votación. ¿Votos a favor? (PAUSA). Se aprueba la moción por unanimidad, 14 votos a favor, aprobada, como digo, por unanimidad. Ahora sí, sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión. Muchas gracias.

(Se levanta la sesión a las 10 horas y 3 minutos).