



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

XI Legislatura

Pamplona, 28 de abril de 2026

NÚM. 43

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. MIKEL ASIAIN TORRES

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 28 DE ABRIL DE 2026

ORDEN DEL DÍA

— 11-26/COM-00050. Comparecencia, a petición propia, de representantes de la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas de Navarra para presentar la Estrategia de prevención y atención a las personas con conductas suicidas en Navarra.

(Comisión transcrita por Naturalvox S.A.U.)

(Comienza la sesión a las 12 horas y 16 minutos).

11-26/COM-00050. Comparecencia, a petición propia, de representantes de la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas de Navarra para presentar la Estrategia de prevención y atención a las personas con conductas suicidas en Navarra.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Hasiera emango diogu gure gaurko batzorde honi. Gai-zerrendan puntu bakarra dugu. Hain zuzen ere, Jokabide Suiziden Prebentzioa eta Arretarako Erakunde arteko Koordinazio Batzordearen ordezkarien agerraldia beraiek eskatuta, Nafarroan jokabide suizidak dauzkaten pertsonak artatzeko eta jokabide hori prebenitzeko estrategia aurkeztu dezaten. Horretarako, gurekin daude Adriana Goñi Sarries eta Antonio Lopez Andres. Hasi baino lehen eskerrak eman nahi dizkiegu gurekin hemen egoteagatik. Esan dudan bezala, deialdia edo agerpena haiek eskatu zuten, zuzenean emango diegu hitza eta horretarako baduzue hogeita hamar minutu. Nahi duzuen zuzenean da hitza.

[Vamos a dar comienzo a esta Comisión de hoy. En el orden del día tenemos un único punto. En concreto, la comparecencia de los representantes de la Comisión de Coordinación Interinstitucional de Prevención y Atención a las Conductas Suicidas, a petición propia, para que presenten una estrategia de prevención y atención a las personas con conductas suicidas en Navarra. Para ello, están con nosotros Adriana Goñi Sarries y Antonio López Andrés. Antes de empezar queremos darles las gracias por estar aquí con nosotros. Como digo, ya que ellos pidieron la convocatoria o la comparecencia, les damos la palabra directamente y para eso tenéis treinta minutos. Cuando queráis, la palabra es vuestra].

SR. REPRESENTANTE DE LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS DE NAVARRA (Sr. López Andrés): Buenos días, egun on. Como ha anunciado el Presidente, nuestra presencia aquí es para compartir con todos ustedes la Estrategia de Prevención y Atención a las Personas con Conductas Suicidas en Navarra, que hemos estrenado recientemente y que, como todos ustedes saben, la conducta suicida constituye un problema relevante de salud pública debido a su complejidad, a su carácter multifactorial, el profundo impacto que genera en las personas, las familias y la sociedad en general.

En este contexto, lógicamente, las Administraciones Públicas desempeñan un papel clave en la articulación de respuestas preventivas y asistenciales. Con ese propósito, el Gobierno de Navarra ha desarrollado la Estrategia de Prevención y Atención a las Personas con Conductas Suicidas en Navarra, con el objetivo de fortalecer la capacidad institucional para prevenir el suicidio, mejorar la detección temprana y garantizar una atención coordinada y eficaz a las personas afectadas, desarrollada esta estrategia en un marco de actuación integral que articula la respuesta institucional y la de distintos sectores sociales.

En Navarra, la tendencia epidemiológica muestra estabilidad, aunque durante algunos años las cifras se han situado en el límite superior de la serie. Esto refuerza la necesidad de una respuesta estructurada y sostenida. La estrategia, como luego entrará en detalle Adriana —mi compañera—, se fundamenta en un enfoque intersectorial y basado en la evidencia, que

reconoce la influencia de factores individuales, sociales y comunitarios en la conducta suicida. Asimismo, busca superar el estigma asociado al suicidio, mejorar la sensibilización social y facilitar el acceso a recursos de apoyo y atención especializada.

Y como no podía ser de otra forma, se alinea con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2023 de la OMS, con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 y con el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 del Ministerio de Sanidad. El proceso de elaboración de esta estrategia, hay que decir que ha sido participativo y multidisciplinar. Ha contado con una amplia participación de profesionales y entidades de ámbitos diferentes. La coordinación se ha llevado a través de la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas de Navarra, NAPRESUI. Y quiero agradecer en este foro la participación y el trabajo que todos ellos han desarrollado. Hay que decir que esta es una Comisión realmente entusiasta de las que tenemos en Navarra.

El proceso incluyó la creación de seis grupos de trabajo y un grupo director. A cada grupo se le pidió, en un proceso de reflexión, la identificación de acciones realizadas, dificultades encontradas, objetivos alcanzados y propuestas de futuro. Con todo ello se realizó un análisis y diagnóstico de la situación actual y se elaboró un DAFO que permitió identificar necesidades, áreas prioritarias de actuación y los principales objetivos de la estrategia. A partir de este diagnóstico, la estrategia establece nueve objetivos estratégicos orientados a mejorar la prevención, la detección y la atención a las conductas suicidas.

El primero es mejorar los sistemas de información para analizar, planificar y actuar en la prevención de la conducta suicida. El segundo, sensibilizar a la ciudadanía con el fin de construir una sociedad navarra bien informada y libre de prejuicios ante la conducta suicida. Tercero, extender la formación sobre conducta suicida a todos los agentes implicados, limitar el acceso a medios letales, mejorar la detección del riesgo de suicidio en grupos en situación de vulnerabilidad, mejorar la detección temprana del riesgo de suicidio en el ámbito educativo, coordinar las actuaciones de los servicios de emergencias y primera intervención, coordinar e impulsar el abordaje de la conducta suicida en el ámbito sanitario y proporcionar el apoyo necesario a las personas que han perdido un ser querido por suicidio.

De cada uno de estos objetivos estratégicos se despliegan distintas líneas de acción que estructuran desde un modelo integral de salud pública, actuando en los tres niveles de prevención, universal, población general, selectiva a grupos vulnerables e indicada, personas en riesgo identificado, e incorpora un eje específico de posvención. Integra medidas en ámbitos como la salud, la educación, los servicios sociales, los medios de comunicación y la propia comunidad.

Entre las acciones destacamos la creación del Observatorio Navarro para la Prevención del Suicidio, que les anuncio que lo vamos a enmarcar dentro del Observatorio de la Salud del Instituto Navarro de Prevención y Salud Pública, la formación específica de profesionales y agentes de distintos ámbitos, la mejora de circuitos de detección y derivación de personas en riesgo, el refuerzo de la coordinación entre servicios sanitarios, educativos y sociales, la incorporación de medidas dirigidas a las personas supervivientes y a sus entornos, entre otras.

Asimismo, la estrategia integra enfoques transversales relacionados con la igualdad de género, colectivos vulnerables y el impacto de los entornos digitales. La estrategia, además, establece mecanismos de seguimiento y evaluación que permitirán monitorizar el grado de implementación de las medidas y valorar su impacto en la reducción de las conductas suicidas en Navarra, que es lo que todos esperamos, así como ajustar las intervenciones a lo largo del tiempo por medio del nombramiento de un comité de seguimiento de la estrategia.

Cada línea de acción incluye un plan de despliegue y de consecución, indicadores de resultado y responsables. Con ello se pretende consolidar una respuesta institucional coordinada y sostenida que contribuya a reducir las conductas suicidas en Navarra, mejorar la atención a las personas en situación de riesgo y fortalecer las capacidades del sistema público y social para abordar este importante desafío.

Este sería el contexto y el paraguas principal de la estrategia. Y ahora Adriana Goñi, que es psicóloga clínica de salud mental, es una de las expertas en conductas suicidas y en suicidio que tenemos en Navarra, les va a explicar más pormenorizadamente la estrategia y los diferentes objetivos. Adriana.

SRA. REPRESENTANTE DE LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS DE NAVARRA (Sra. Goñi Sarriés): Buenos días a todos, egun on, y gracias por esta oportunidad de poder presentar este documento. Espero no repetirme de lo que ya ha comentado Antonio. Les acompañamos de esta presentación que se va a quedar aquí por si quieren echar un ojo. Pero antes de empezar un poco con la presentación debo decir que esta estrategia de prevención, con este título, que presentamos hoy un resumen ejecutivo, no nace en el 2024, cuando la desarrollamos, sino que viene de muchísimo tiempo atrás.

En 2014 Navarra ya presentó, que le pusimos el nombre de Protocolo de Colaboración Interinstitucional para la Prevención de la Conducta Suicida. Eso ya venimos del 2014. En el 2013, a instancias del Departamento de Política Social y él fue el que lo lideró, esta vez lo lideró el Departamento de Salud, pero anteriormente fue Política Social o Derechos Sociales, agrupó a una serie de personas de todos los estamentos, estábamos todas las instituciones, estaban ya Teléfono de la Esperanza, todavía no estaba nuestra asociación, estaban periodistas y con eso configuramos el primer documento en Navarra, que tengo que decir que fue pionero a nivel nacional, porque entonces no se estilaba esto de que el suicidio es cosa de todos, que no es solamente un tema de salud.

Ese documento lo escribimos en el 2013, se difundió en julio del 2014 y a partir de ahí se crea la comisión de seguimiento del mismo, que es esta comisión que hemos comentado, NAPRESUI, que es la que actualmente ha elaborado este crecimiento de ese protocolo. En ese protocolo pusimos en claro qué hacíamos cada departamento, qué objetivos nos proponíamos. Han pasado doce años, se había quedado en muchas cosas ya muy desfasado y esta estrategia nace de ahí, simplemente es un crecimiento de ese protocolo y es poder añadir todo lo que estábamos haciendo y tendríamos que seguir haciendo. Y de ahí este crecimiento hacia un nombre un poco más competitivo, como puede ser una estrategia para Navarra.

El contexto, ya hemos comentado, el más importante seguramente es que las Administraciones Públicas tienen un papel clave en todo lo que podamos hacer, como así lo demuestran muchos países europeos de nuestro entorno, que con la creación de documentos, de guías, de estrategias, de procedimientos clínicos o educativos podemos bajar las tasas. Por lo tanto, las Administraciones Públicas estamos convencidos de que tienen un papel clave en todo lo que sea empezar a hacer respuestas preventivas y también asistenciales en nuestro ámbito. Es un problema relevante, como ya lo sabemos, de salud pública, debido a una conducta que es de enorme complejidad, de la que cada vez vamos sabiendo más, que sigue siendo multifactorial, que no podemos atribuirla nunca a una causa y que a menudo no sabemos muy bien por qué ocurre, que genera un profundo impacto, como ya hemos dicho.

Y en cuanto a la epidemiología de Navarra, nosotros también partimos de un hecho que yo pongo muchísimo en valor y es la perfecta colaboración con el Instituto Navarro de Medicina Legal, cuyos datos nos aportan, cuyos datos son prácticamente instantáneos en este momento, cuando se produce un fallecimiento por suicidio. Aportamos este gráfico —en el documento hay más gráficos—, en el que hablamos de una estabilidad más o menos general desde el año 2000, que estamos haciendo ya un seguimiento bastante pormenorizado por sexos, por edades, por métodos. Esto lo tenemos muy documentado y podemos hablar de que tenemos unas tasas relativamente estables, hemos estado muchos años por encima de la tasa española, sabiendo que la tasa española es una de las tasas más bajas de Europa —esto también tenemos que decirlo— y en los últimos años estamos por debajo normalmente de la tasa española en esta Comunidad.

¿En qué nos hemos fundamentado, de qué no nos hemos querido un poco alejar? Pues hemos estado y solemos estar leyendo, estudiando, qué se sabe de suicidio, de todas las estrategias, cuáles se pueden medir. Cada vez sabemos más qué es lo que se acerca a la prevención, qué merece la pena hacer, qué merecería menos la pena hacer, con un enfoque lo más basado en la evidencia que hemos sido capaces, con un enfoque intersectorial, que esto nosotros ya lo arrastramos desde el 2014. Aquí tenemos que colaborar todos y, cuando digo todos, desde la población, desde el profesor de la extraescolar o desde el farmacéutico. Esto es un enfoque intersectorial y con un reto importante: que tenemos que superar el estigma.

Yo creo que no tiene nada que ver cuando hablamos en Navarra ahora mismo de suicidio a cuando empezamos a hablar, allá por el 2013, desde que yo recuerdo, porque previamente apenas se decía nada. Vamos superando barreras, pero todavía queda y es una estrategia que está perfectamente alineada con los planes que ya tenemos. No podíamos hacer nada diferente ni nada que rompiera lo que ya desde el Ministerio de Salud de Madrid marcan. No nos alejamos para nada de lo que ya viene diciendo la OMS también desde el año 2013, qué sirve, qué no sirve, los tres tipos de prevención. No nos alejamos de la Estrategia Nacional de Salud Mental y nos alineamos casi a la perfección con el Plan de Prevención de Suicidio Nacional, que por fin vio la luz el año pasado, en el 2025. De hecho, en el documento tenemos una tabla que equipara todos los objetivos que ponía el Plan de Prevención de España, Nacional, con el que nosotros hemos hecho, para no irnos.

¿Cómo lo hemos hecho? De la manera más participativa y democrática posible. Hemos tenido la ayuda de un asesor externo, también tengo que decir, de un consultor de la fundación para la

prevención española de salud mental, que ha ayudado a varias comunidades a hacer este tipo de documentos. Nos ayudó él y de donde nace y donde se ha hecho todo el trabajo de coordinación es de esta comisión que os digo, NAPRESUI. A partir de ahí nos desarrollamos cada uno de nosotros, cada uno de los vocales de la comisión, en seis grupos de trabajo, más un grupo director, y los seis grupos de trabajo fueron: epidemiología e investigación, primera atención y emergencias, atención educativa, atención sanitaria, el ámbito sociocomunitario, que era el más grande, con una enorme participación de una cantidad de colectivos vulnerables a los que se les preguntó y el grupo de posvención.

Con estos seis grupos de trabajo hicimos un trabajo propio con otras personas ajenas a nosotros, trabajadores de la comunidad, hicimos un proceso de reflexión en el que se nos preguntaba a cada uno de nosotros qué acciones estábamos haciendo para la prevención, qué dificultades nos habíamos encontrado en el camino, qué objetivos creemos que habíamos alcanzado y qué proponíamos de cara al futuro. Con eso hicimos un DAFO, un análisis de dificultades, amenazas, fortalezas y oportunidades y con eso tuvimos ya el diagnóstico de situación para hacer esto, para hacer esta figura gráfica un poco más visual de por dónde íbamos a ir, cuáles iban a ser los nueve objetivos principales de la estrategia que ya ha comentado también Antonio.

El objetivo 1, el objetivo 2, el objetivo 3 y el objetivo 4 se enmarcan dentro de lo que puede ser una prevención universal dirigida a toda la población. Objetivos que tienen que ver con los sistemas de información, con sensibilizar a la ciudadanía, con limitar el acceso a los medios y con la formación de todo tipo de persona que se acerque a este ámbito.

Los objetivos 5 y 6 van a tener que ver con una prevención selectiva, dirigida mucho más a focalizar en grupos vulnerables y esto tiene que ver con la atención en los grupos de vulnerabilidad y en el ámbito educativo. Los objetivos 7 y 8, dirigidos a la prevención indicada y esto quiere decir las personas que ya las tenemos en el foco, personas que han hecho intentos que declaran una intencionalidad suicida activa o personas que ya son repetidoras. Ahí tenemos todo el ámbito sanitario y toda la primera actuación y el ámbito de emergencias.

Y dejamos un noveno objetivo, que esto no lo contemplan de manera regular en todas las estrategias, que es un objetivo que tiene que ver con la posvención, qué vamos a hacer con todas las personas a las que el fallecimiento de un ser querido va a afectar de una manera directa tan traumática. Este es el despliegue un poco de los nueve objetivos. Ahí en la letra pequeña estarían como cada una de las líneas de acción que nos proponemos para leer despacio. Por lo tanto, los objetivos estratégicos tendrían, aparte de vistos según los niveles de prevención a los que nos dirigimos, se pueden ver desde la información y la sensibilización, que tendríamos que hacer todo tipo de desarrollo con nuestros actuales sistemas de información y ahí tiene que ver también el observatorio que comentamos, lo que tiene que ver con sensibilizar a la ciudadanía y con la formación profesional. No ha habido ningún grupo de trabajo que no haya hablado de la formación continuada, transversal y específica para cada una de las personas que al final se encuentran con este tema.

Otro de los grandes objetivos tiene que ver con la detección y prevención. Si no detectamos a tiempo, vamos a llegar seguramente tarde. Sabemos que una de las herramientas más eficaces, seguramente la que más, es la limitación de los medios letales, de ahí que tengamos que tener la capacidad suficiente para detectar cuáles son los puntos calientes, que se denominan así, cuál

es el método preferido, cómo podemos hacer para prevenir las precipitaciones y las sobreingestas farmacológicas que seguramente es lo más prevalente en los intentos para prevenir y luego para detectar, qué vamos a hacer en los centros educativos, cómo vamos a hacer con los grupos vulnerables, que sabemos que unos cuantos de ellos son especialmente vulnerables y cómo vamos a abordar todo esto.

Y la última parte tiene que ver con la coordinación y el apoyo. La coordinación de servicios seguramente en nuestro medio sanitario es la parte más dificultosa y más difícil; cómo vamos a hacer un abordaje coordinado. Tenemos ya muchas cosas y muchos avances desde que estamos en esto, dentro de lo que es salud primaria, salud mental, urgencias; del complejo hospitalario, tenemos un código de suicidio, pero todo eso hay que seguir limando, hay que seguir recordando para que las respuestas sean eficaces y sean rápidas, desde luego, y mejorar nuestros propios circuitos, dónde está el paciente, se nos pierde en las transiciones o no... todo lo que intentamos evitar.

El último, como ya comento, el apoyo a supervivientes, la asociación específica de supervivientes de Navarra, que se llama Besarkada-Abrazo, ya hace muchos años también que forma parte de la asociación y pusimos este objetivo pensando también en acompañar de manera especializada al duelo, acompañarles a ellos y crear seguramente algún tipo de recurso para las familias y para los entornos.

Por lo tanto, tenemos tres tipos de prevención según el modelo integral de salud pública, tampoco no es nada nuevo, la prevención universal dirigida a toda la población, la selectiva a esos grupos vulnerables y la indicada a las personas ya con un riesgo identificado. Todo esto va a abordar a salud, a educación y a derechos sociales. Una de las acciones claves dentro de esta estrategia y que seguramente es lo que llevamos tantísimo tiempo pensando en que nos haría falta un organismo que se va a llamar Observatorio Navarro para la Prevención del Suicidio. Ahora mismo hacemos un seguimiento exquisito, diría yo, de todas las personas que fallecen por suicidio, prácticamente a tiempo real sabemos quién es, sabemos qué ha pasado, sabemos cuándo ha ocurrido, qué método ha utilizado, si estaba atendido por salud mental o no estaba o lo habíamos perdido. Incluso nos acercamos un poquito a indagar qué ha podido precipitar el desenlace fatal.

No tenemos unos buenos datos todavía epidemiológicos porque no tenemos conocimiento para ello. El observatorio va a tener esta labor. El observatorio va a recoger todo este registro que cogemos del Instituto de Medicina Legal y que cogemos de Salud y Salud Mental, lo agrupamos en un registro y van a ser ellos cada cinco años, por ejemplo, que nos hagan un estudio epidemiológico comparativo y con las series históricas que, por ahora, todavía no somos capaces de hacer, monitorizar todos estos datos, ponerles un sitio, ponerles un responsable, yo creo que nos va a ayudar muchísimo.

Hemos intentado que en todo el documento no se nos pasen tres puntos transversales imprescindibles, como es la perspectiva de género, como es meter a toda la vulnerabilidad en este momento bien conocida y bastante bien identificada, la migración, el colectivo LGTBI, los menores infractores, los menores no acompañados, las personas con trastorno mental, las personas mujeres cuidadoras, un montón que están en el documento. Y considerar el impacto de los entornos digitales, que también ya vamos sabiendo cada vez más, parece el estrago que

puede llegar a hacer en según qué jóvenes, no en todos, las redes y demás. También hemos intentado tenerlo en cuenta y recogerlo.

Como también ya hemos comentado, se va a crear un comité de seguimiento de esta estrategia. La comisión lo va a hacer, pero la comisión no es un ente ejecutivo, es un ente consultor, con lo cual sí que necesitamos una minirrepresentación de los principales departamentos para que hagan un seguimiento, aunque sea anual, de que nos pregunten a nosotros, a la comisión NAPRESUI, «¿cómo vais?, ¿cuánto de lo que decimos que vais a hacer estáis haciendo?», y va a haber un pequeño comité de seguimiento.

Y esto es un poco lo que queríamos ver, si vamos a impactar en una reducción de la conducta. Cuando hablo de conducta suicida me refiero al fallecimiento, pero también me refiero al intento de suicidio, que nos queda bastante camino para registrarlo bien y, si pudiéramos descender el número de intentos, también sería un objetivo muy loable. Esto es un poco lo que veníamos a presentar.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko emandako informazioarengatik eta orain taldeekin jarraituko dugu. Horretarako emango diogu UPNko ordezkaria den San Martin Rodriguez andreari. Nahi duzunean, zurea da hitza hamar minutuz.

SRA. SAN MARTÍN RODRÍGUEZ: Gracias, Presidente. Lo primero, quiero dar la bienvenida a los representantes de la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas de Navarra, el señor López, que es también, además, director del Departamento de Salud, y a la señora Goñi. En primer lugar, quiero agradecerles el trabajo realizado, que hayan venido también a presentarlo hoy, les agradecemos especialmente, a este Parlamento.

Quiero destacar, yo creo que todos podemos entender la dificultad del trabajo que han realizado por la cantidad de agentes implicados, la coordinación necesaria, la puesta en común, consensos, etcétera. Yo creo que es un trabajo de fondo que no es fácil y sí que quiero valorarlo antes de pasar un poco a hacer un análisis de algún aspecto que me parece más relevante. Creo que este trabajo puede hacerse únicamente desde el entusiasmo que comentaba el señor López que tienen todos ustedes por intentar paliar este fenómeno como es el suicidio.

Es una realidad, yo creo, el suicidio —ustedes lo han dicho—, que nos interpela un poco a todos, nos interpela profundamente, individualmente, pero también como sociedad, y es un gran reto que tenemos. Es la principal causa de muerte, creo, usted me podrá corregir si quiere, desde el año 2007 en Navarra, de muerte no natural, cuando se sobrepasó a los accidentes de tráfico. Antes teníamos muchos fallecidos por accidentes de tráfico. Ahora, con todas las campañas que se hicieron, ya desgraciadamente es el suicidio la primera causa de muerte, lo que lo convierte en una prioridad de salud pública en nuestro país y yo creo que en nuestra Comunidad Foral también.

Sí que he visto datos del año 2025 que me han llamado la atención. Se habla de treinta y nueve suicidios. Es verdad que baja un poco ese estancamiento que ustedes decían del número de suicidios. Quizá un año aislado no nos dice nada y habría que ver un poco la continuidad de los próximos años. Sí que se ha bajado, como digo. Llama también la atención que antes la

proporción de hombres era muchísimo mayor a la de mujeres, sin embargo, en el 2025 hay una proporción de mujeres muy similar a la de hombres. Aprovechando que tenemos aquí una experta, sí que me gustaría un poco que comentara luego esta tendencia, no sé si es a la baja o no, si se puede decir y, sobre todo, la tendencia de que las mujeres ya van igualando en porcentaje a los hombres.

Y otro tercer aspecto que también me gustaría aprovechar para preguntarle y es que cuando hablamos de suicidio, normalmente en nuestra mente siempre aparecen personas jóvenes. Sin embargo, las cifras del año 2025 muestran cómo la mayor proporción de suicidios está entre los cuarenta y cinco y sesenta y cinco años, con un 41 %, creo, de los suicidios, y el 36%; es decir, la siguiente proporción más alta es a partir de los sesenta y cinco años. Es decir, tenemos un 77 % de suicidios de cuarenta y cinco años en adelante. Me gustaría un poco también que comentaran algo al respecto.

Dicho esto, ustedes lo han dicho ya —no me voy a repetir—, es un fenómeno complejo, multifactorial, que no puede explicarse por una única causa. Luego, es verdad que estrategias como esta al final tienen todo su sentido, su impacto trasciende, ya lo han dicho, a la persona afectada, están los supervivientes del suicidio y afecta a familias, amigos y a la sociedad en su conjunto. Por ello la prevención, como también lo han mencionado, requiere ese enfoque integral basado no solo en la atención a la salud mental, que también, sino también en la detección precoz, en la reducción del estigma, coordinación entre servicios sanitarios, educativos, sociales, etcétera.

Sí que me voy a centrar un poco en la atención a la salud mental, pero antes de eso debo decir que precisamente por todo esto que acabo de decir valoramos positivamente esta estrategia, porque plantea esa respuesta transversal que creemos que es fundamental, con objetivos que abarcan desde información epidemiológica hasta sensibilización social, formación, detección precoz, coordinación interinstitucional, intervención sanitaria y apoyo a supervivientes. Es decir, entiende muy bien, evidentemente, ustedes son expertos, que el fenómeno del suicidio es complejo y no sirven respuestas simples.

Y también me parece interesante reconocer que Navarra ha sido pionera en esta materia desde el año 2013. Usted lo ha dicho, se lo agradezco, porque demuestra el compromiso institucional que ha tenido siempre nuestra Comunidad Foral en una trayectoria acumulada que yo creo que hay que poner en valor.

Comentaba que me iba a centrar en la parte de atención a la salud mental porque estamos en la Comisión de Salud, porque creo que es uno de los grandes obstáculos con los que nos encontramos actualmente en la prevención del suicidio y porque aprovecho también que tenemos aquí al director de Salud para ello, porque realmente yo creo que si queremos que esta estrategia tenga un impacto, hay un montón de factores, está claro, pero la accesibilidad a la red pública de salud mental creo que es uno de los esenciales.

Y como hablamos tanto de accesibilidad en este Parlamento, precisamente porque es uno de los grandes retos del sistema sanitario, los problemas de accesibilidad, yo creo que hay que hablar de ello porque la estrategia será tan eficaz como la capacidad que tenga el sistema para atender a tiempo a quien pide ayuda. Podemos tener campañas, protocolos, guías, circuitos,

pero si una persona que está en sufrimiento acude al sistema sanitario y lo que se encuentra es una demora, se encuentra una saturación o una dificultad de acceso, yo creo que estamos fallando en algo esencial.

La propia estrategia en su análisis DAFO reconoce, identifica esa debilidad, en este caso lo que dice es esa escasa oferta de atención psicológica en la red pública. Todos conocemos, todos hemos tenido que acudir al psicólogo a la red privada por esa carencia que hay en la red pública. Entonces, yo creo que el propio documento reconoce un poco esos puntos débiles que tiene actualmente el sistema sanitario en la atención a la salud mental.

Además, también la estrategia recoge que el acceso a servicios sanitarios y de salud mental es un factor de protección frente al suicidio, lo reconoce el propio documento. Es decir, que acceder a tiempo no es solo un tema de cuestión organizativa, sino que es también una medida preventiva en sí misma. Existe evidencia científica que determina que cuando hay una mejor y mayor accesibilidad al sistema, a la red de salud mental, se consigue reducir las tasas de suicidio y también cuando no es solo un primer acceso sino ese seguimiento constante, la tasa de suicidio se reduce.

Y, desgraciadamente, en Navarra los datos que tenemos en la red de salud mental en cuestión de acceso son preocupantes. Si miramos al cierre del año 2025, datos ofrecidos por el propio Departamento de Salud, ha habido un descenso de la actividad, 3.719 consultas menos en la red de salud mental, lo que supone un 4 % en relación con el año anterior, en relación con el año 2024. La lista de especial en salud mental se ha incrementado en un 47 % desde el inicio de esta legislatura, el año 2023, hemos pasado de veintisiete a treinta y ocho días de espera. Estamos hablando de días de espera de gente que necesita acudir a la red de salud mental.

Los datos a cierre del año 2025 indican también que un 20 % de los pacientes que esperan una consulta preferente en salud mental no tienen cita, un 20 %, cuando el año anterior, tan solo hace un año, era de un 9 %. Es decir, estamos incrementando el porcentaje de pacientes que tienen una cita preferente y que no tienen citado todavía el día que tienen que acudir a salud mental. Y un 64 % también son datos, insisto, del cuadro de mandos del Departamento de Salud, un 64 % de estos pacientes que necesitan una cita urgente con salud mental tienen la cita fuera del plazo de la ley de garantías.

Con lo cual, sinceramente, nos parecen datos muy preocupantes, sobre todo porque también se ha comentado en esta Comisión de Salud muchas veces, la red pública no responde quizá de la manera tan ágil como debería y la gente tiene que acudir al sistema sanitario privado, a una consulta privada, hacerse un seguro de salud privado, lo cual está un poco discriminando entre la gente que tiene esa capacidad de poder pagar un servicio sanitario, en este caso un servicio de psiquiatría o de psicología privado, y la que no lo tiene, en un ámbito tan sensible, creemos, como la salud mental. Quizá la salud mental es un ámbito como de los más sensibles que consideramos para que todo el mundo pueda tener ese acceso sin distinciones.

Análisis recientes, también lo hemos dicho aquí muchas veces, en el Parlamento, alertan de un incremento de los seguros privados en Navarra. Es verdad que Navarra es la comunidad con menos penetración de seguros privados, lo decimos también siempre, pero es verdad que es la que más se ha incrementado en los últimos años. Esto es consecuencia en muchas ocasiones, si

hablamos de la salud mental, por esa dificultad de acceso a la red de salud mental pública en nuestra Comunidad Foral. La propia Cámara de Comptos también lo advirtió en su último informe de salud mental, la necesidad está empeorando en nuestra Comunidad Foral.

Dicho esto, y porque se me va a acabar el tiempo, quería centrarme en ese aspecto porque me parece un aspecto importante. Yo lo he vivido en primera persona y creo que el no poder acceder con la celeridad que se requiere a la red de salud mental o tener ese seguimiento con los intervalos necesarios es uno de los grandes problemas de la gente que tiene esas ideaciones suicidas. En definitiva —termino ya—, sí que saludamos, sin ninguna duda, ya lo he dicho, esa estrategia como un paso positivo y necesario, pero creemos que su éxito dependerá de algo concreto, que es que cualquier persona en Navarra que necesite ayuda psicológica o psiquiátrica pueda recibirla de forma rápida, cercana y continuada. Y hoy, lamentablemente, creemos que eso es todo un reto para el sistema sanitario público. Bueno, nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Mila esker, San Martin andrea. Alderdi Sozialistarekin jarraituko dugu. Beraz, Esporrrin Las Heras anderea nahi duzunean, hamar minutuz zurea da hitza.

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: Eskerrik asko, Presidente. Buenos días, egun on. En primer lugar, cómo no, quiero dar la bienvenida y agradecer también la información que nos han trasladado tanto el señor López como la señora Goñi de un tema, la verdad, tan importante y que a todos nos preocupa tanto por la mortalidad de suicidio, que constituye un problema de salud realmente de primera magnitud y elevada complejidad.

Cada uno tiene sus razones, no hay una causa común, a veces se entiende que pueden ser incluso físicas, de desajustes cerebrales o de otro tipo, y otras tienen una causa más externa que también se puede actuar sobre ella. Entonces, la prevención nos parece fundamental y eso nos ha gustado también escuchar, que no solamente están centrados en el observatorio y en las estadísticas a futuro sino también en la prevención.

Ya la Organización Mundial de la Salud y otras muchas instituciones ponen el foco en el suicidio y, sobre todo, en la prevención y en las acciones específicas de información, sensibilización ciudadana, la formación de profesionales, la colaboración con los medios de comunicación y la mejora en los sistemas sanitarios, educativos, desde todos los ámbitos donde realmente o en la sociedad misma que se pueden detectar los inicios o las sospechas de que una persona puede estar pensando en este tipo tan tremendo de acciones.

Ya en el Consejo Interterritorial y en el Sistema Nacional de Salud se empezó a trabajar en la estrategia, se hizo una estrategia del 2022 al 2026 con una serie de acciones prioritarias, impulsando la creación del teléfono de información veinticuatro horas, siete días a la semana, es el 024, que están siempre, no solamente para atender esas llamadas que puedan surgir en un momento dado, sino también mantienen incluso un chat permanente donde la persona que llama le detectan que puede estar en una situación de necesidad y le atienden en ese momento, que a veces también quitar ese primer impulso es importantísimo.

Otras instituciones también en Navarra, el Teléfono de la Esperanza también atiende muchísimos casos y nos satisface de alguna manera también, sin querer lanzar las campanas al

vuelo ni decir que estamos en el buen camino, porque es verdad que a veces un dato es muy bueno y el siguiente puede ser muy malo, pero el haber comprobado que han disminuido los casos del 2024, que hubo unos cincuenta y ocho, al 2025, donde se detectaron treinta y nueve fallecimientos, pues eso nos satisface de alguna manera y nos parece que se está trabajando en el buen camino. Pero, en cualquier caso, detectar alrededor de seis casos al mes puede constituir un verdadero drama, no solamente para el afectado sino también para el entorno, para la familia, para su entorno en general.

Son muchas las causas que han existido históricamente que pueden llevar a este tipo de acciones. Pero hoy en día, además, creo que las redes sociales las incrementan notablemente, como puede ser el TikTok, Instagram u otras plataformas que existen y que pueden llevar a engaños o a sufrimientos por parte, sobre todo, de jóvenes, de niños, niñas todavía sin formar, que pueden vivir un estrés exagerado. También nos tranquiliza en ese sentido que estas plataformas, si detectan un algoritmo suicida lo remiten a las redes de Policía Nacional e inmediatamente se atiende.

Y ya desde el 2018 esta unidad, que es pionera, ha pasado de atender 4 avisos similares a recibir 162 en el 2025, con lo cual es un recurso que está funcionando. Pero, en cualquier caso, que se detecte una posibilidad de 162 casos en un año es una barbaridad. La policía llega a todas las alarmas, más allá de que luego sean de tal gravedad o menos, pero en cualquier caso están convencidos de que han evitado muchas muertes y también se han detectado personas que pueden estar ocasionando esa afección sobre otra persona más vulnerable y se ha detectado a personas que realmente están causando estas alertas.

También queremos llamar la atención de que este sufrimiento tan extremo está causando un dolor psicológico y también otras causas, como pueden ser las biológicas, sociales, que pueden prevenirse y tratarse. Muchos pacientes se detectan en urgencias y otros, efectivamente, en la consulta y ahí también nosotros insistimos en la necesidad de que cuando se detecten, la primera consulta se la puede atender pronto, porque la emergencia estamos absolutamente convencidos de que se atiende fenomenal, pero sí que estamos más preocupados de esa continuidad, de que se le pueda dar un seguimiento prioritario con respecto a otras enfermedades que igual no tienen esa emergencia y esa gravedad del momento.

En las edades que tienen mayor prevalencia se ha hablado, tanto los jóvenes como ya a partir de cuarenta años y ya la tercera edad también, con la soledad y el abandono que sienten muchas personas, puede ser una de las causas que les lleven a este tipo de conductas. Y luego también hay que decir que nos parecen muy bien los objetivos que se han planteado ustedes de cara a trabajar en este sentido, fortaleciendo la capacidad institucional para prevenir el suicidio, mejorar la detección temprana del riesgo y garantizar la atención coordinada eficaz con las personas afectadas.

Y los nueve objetivos estratégicos, así como las cuarenta y seis medidas que entran dentro de esos nueve objetivos que, la verdad, no los voy a relatar, porque aparte de que están escritos, ustedes, de alguna manera, han dicho al menos los grupos más importantes. También quiero poner en valor, hemos hablado antes del Teléfono de la Esperanza, pero también destacar el trabajo de la Asociación Besarkada, porque hay que tener en cuenta, aparte de la prevención, que eso es lo más importante, y la detección temprana, si se llega a producir este trágico

desenlace, cómo quedan las familias. Ahí queda un sufrimiento inmenso y atender a esas familias y ayudarles a superar estas situaciones nos parece realmente importante.

También nos satisface tremendamente que la creación del Observatorio del Suicidio está ya contemplado en el borrador de la ley foral, que esperemos que venga lo antes posible a este Parlamento, en el artículo 54, con lo cual ustedes ya van dando pasos en este sentido de la nueva ley foral que esperamos que se apruebe, como he dicho. Nos parece que se está trabajando muy bien y los animamos a seguir trabajando en esta línea, a ayudar a todas las personas que estén pasando por este sufrimiento y, desde luego, el Partido Socialista ahí estará para colaborar en todo ello y en la medida que podamos. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko, Esporrin anderea. Orain EH Bilduri dagokio hitza kasu honetan. Arza jauna, zurea da hamar minutuz.

SR. ARZA PORRAS: Eskerrik asko, eguerdi on guztioi. Nuestro agradecimiento, en primer lugar, al señor López y a la señora Goñi por esta presentación que nos han hecho. La verdad es que es un documento el que han elaborado desde esta comisión que, desde nuestro punto de vista, tiene una calidad muy alta. Es un documento que maneja una concepción integral del suicidio, que tiene un enfoque intersectorial, interdisciplinar, que está diseñado de manera participativa y que está basado o tiene en cuenta la evidencia científica.

Lo cierto es que no es una casualidad que tenga esta calidad, porque tiene que ver con todo el trabajo previo que al menos en los últimos diez años se viene realizando. A destacar especialmente la suerte que tenemos en Nafarroa de contar con una comisión interinstitucional con un nombre muy largo. Se entiende que hayan puesto siglas, aunque tampoco les han quedado muy cortitas las siglas, NAPRESUI, pero, bueno, algo acorta. Como digo, es una suerte que contemos con este espacio de coordinación tan amplio en el que están representados desde los servicios de emergencias y seguridad, los servicios de salud, de educación, de derechos sociales, entidades sociales como el Teléfono de la Esperanza y Besarkada y los medios de comunicación, que también juegan un papel muy importante en este terreno.

En el documento hemos podido ver que, a partir de un modelo teórico adecuado, a partir de un diagnóstico bastante completo, han llegado a definir propuestas que, desde nuestro punto de vista, son muy interesantes. Por destacar las que nos parecen más relevantes y aunque pueda ser un poco repetitivo, porque en parte ya lo han contado, queríamos destacar especialmente el observatorio, la formación, todas las actuaciones de formación para todos los agentes implicados, el refuerzo de la coordinación intersectorial, el que hayan contemplado también incluir la posvención —como decían—, que no aparece en todas las estrategias. En esta sí, esa importancia que se le da al trabajo con los supervivientes, al trabajo en torno al duelo, nos ha parecido muy interesante.

La sensibilización social, las campañas de sensibilización y reducción del estigma, el aprovechar las tecnologías de la comunicación para la labor de detección precoz, del seguimiento y de intervención, la coordinación de las emergencias con la primera intervención y, finalmente, la insistencia en reforzar la detección especialmente en colectivos vulnerables que hacen también un esfuerzo por concretar cuáles son esos colectivos vulnerables, personas jóvenes, mujeres

víctimas de violencia, personas del colectivo LGTBIQ+, personas mayores, personas con discapacidad y personas migrantes.

Nos queremos detener especialmente en algunos temas que nos preocupan, sobre los que nos gustaría que nos ampliaran información en este momento o en otro momento. En primer lugar, nos preocupa la desigualdad territorial y hasta qué punto esta estrategia tiene en cuenta lo relevante que debe ser garantizar que todos los territorios puedan verse protegidos por esta estrategia, de qué manera esta estrategia va a luchar por esa desigualdad territorial que ya se produce.

El segundo aspecto que nos preocupa tiene que ver con los recursos. Ya he insistido en lo correcto que nos parece este documento desde el punto de vista de planificación, pero la planificación no es suficiente, tiene que haber recursos para implementar estos objetivos y especialmente nos preocupa la debilidad en cuanto a los recursos terapéuticos. En tercer lugar, nos preocupa el ámbito educativo. El ámbito educativo, porque no es solo intervenir, que también es muy importante, en centros de Educación Primaria o en centros de Educación Secundaria, sino que nos parece también un espacio prioritario el ámbito universitario y nos gustaría que nos pudiesen ampliar la información al respecto, cómo tienen prevista esta intervención en el ámbito universitario.

Y relacionado con el ámbito educativo también nos preocupa que se concentre únicamente en la educación formal, porque creemos que también son muy relevantes todos los espacios comunitarios de educación no formal, todas esas entidades sociales que están trabajando con infancia, con adolescencia, con juventud y que pueden ser unos espacios privilegiados de detección, de prevención, de actuación.

Y, finalmente, ya con esto termino, la última preocupación que tenemos o la última preocupación que hemos priorizado en esta presentación es el ámbito penitenciario, que creemos que es un espacio de especial riesgo para las conductas suicidas, que nos parece que es un espacio... Si decimos que en el espacio comunitario los recursos terapéuticos son escasos, pues ya en el ámbito penitenciario mucho más. Por ejemplo, sí que sabemos que en los últimos meses al menos ha habido ocho intentos de suicidio en el centro penitenciario de Pamplona y sabemos que estos intentos de suicidio han estado concentrados en un colectivo especialmente vulnerable, que son jóvenes migrantes de origen magrebí.

Creemos que esto, creemos que responder a los suicidios en el ámbito penitenciario es responsabilidad de la Administración Pública y, en el caso del ámbito penitenciario, es una competencia foral, afortunadamente, porque ya hemos conseguido que sea una competencia foral. Queremos recordar que la Ley Orgánica General Penitenciaria dice que la Administración penitenciaria debe velar por la vida, la integridad y la salud de las personas internas. Por eso queremos preguntarles de qué manera se está concretando y se va a concretar en el centro penitenciario de Pamplona el programa de prevención de suicidios, que desde el año 2014 plantea la Administración penitenciaria estatal. Cómo se concreta, repito, en nuestro centro penitenciario, con qué recursos, con qué metodología, etcétera. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko zuri ere. Geroa Bai talde parlamentarioarekin jarraituko dugu. Beraz, Aramburu anderea, zure da hitza hamar minutuz.

SRA. ARAMBURU BERGUA: Mila esker, presidente jauna. Eguerdi on guztioi. Bienvenidos el señor Antonio López Andrés y la señora Adriana Goñi. Yo, en primer lugar, lo que quiero es felicitarnos porque en esta Comisión tratamos hoy un asunto de salud que prueba, otra vez más, que el Departamento de Salud y el sistema de salud en general funciona y hace cosas verdaderamente interesantes, que se avanza al margen de muchas otras cosas que se puedan decir, pero esta es una prueba de que se trabaja y se trabaja muy bien.

Además, estamos especialmente contentos porque dentro de un ámbito, aunque la prevención del suicidio —como se ha dejado bien claro— no corresponde únicamente a salud, sino que es algo absolutamente transversal, sí que es verdad que reside en salud, reside en salud pública; un ámbito en el que nosotras pensamos que hay que potenciar y que hay que desarrollar cuanto más, mejor. Y, además, porque es una estrategia que habla de prevención y también nos parece que es muy, muy importante el trabajar fundamentalmente la prevención frente... no digo frente, pero además de la atención o antes de la atención, desde luego, la prevención en todos los ámbitos.

Después de estas felicitaciones, yo quería hablar un poco de los datos también. Yo veía que en 2023 hubo 63 suicidios, en el 2024, 58, igual que en el 2021 y 2022, en el 2025, 39. Bueno, parece que hay un descenso. Habitualmente, no sé, *grosso modo* se suele decir que en Navarra —o por lo menos hace años se decía—, había poco más o menos un suicidio cada semana. Parece que los datos globales han descendido. No sé a qué se debería el dato de 2025, si es que no se tenía en cuenta todo el año o hay algún factor que pudo intervenir. A ver si pueden aportar algo más sobre eso.

También sobre los datos quería hacer una referencia a la cuestión de género y a la edad. Con respecto a la cuestión de género, en 2024 los datos recogidos por el Instituto Navarro de Medicina Legal reflejaban que el descenso solo se había registrado en mujeres, no en hombres. No sé, me parece que eso es llamativo. No sé si tienen alguna explicación a esto y si en la estrategia diseñada de alguna manera se contempla esta cuestión de la diferencia por cuestión de género. Y con respecto a la edad, también los datos de 2024 habían bajado considerablemente, se dijo. Bueno, también quisiera saber si este descenso de la edad se tiene en cuenta también en la estrategia o cómo se tiene en cuenta.

Yendo a la estrategia, se ha explicado perfectamente que no se partía de cero en su elaboración, sino que ya existía la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas en Navarra, el Protocolo de Colaboración Interinstitucional de Prevención del Suicidio. Bueno, había, desde luego, un trabajo muy consistente, no sé cómo decirlo, previo. Además de eso, en este Parlamento hemos recibido también y hemos conocido el buen trabajo que hacen entidades como el Teléfono de la Esperanza y yo diría casi igual, más especialmente, que me perdonen, Besarkada. Y de la misma manera también pudimos conocer en una visita que realizamos a Amimet, a una asociación de personas con discapacidad de la Ribera, que también habían hecho un protocolo específicamente dirigido a las personas con discapacidad que atiende esta entidad. Para nosotras es otra señal más de que el suicidio es una cuestión que remueve, que interpela y que preocupa en todos los ámbitos.

Para explicar o señalar cuál es el efecto, el impacto del suicidio, lo que supone el suicidio, yo creo que no hay como recurrir precisamente a palabras de estas entidades, de Besarkada en una

sesión de trabajo, decían: el duelo por suicidio es uno de los más traumáticos que existen, con lo cual físicamente uno se encuentra mal y mentalmente la culpa le invade. Decían también: cada vida que se pierde en un suicidio es un fracaso que nos duele en el alma, un fracaso social, un fracaso en el acompañamiento, en las intervenciones, en los recursos prestados, porque, como se ha demostrado una y otra vez, el suicidio es prevenible, evidentemente no al cien por cien, pero si se mejoran los planes de prevención, atención e intervención su efectividad aumenta.

Bueno, en estas palabras yo creo que se refleja perfectamente todo lo que rodea al suicidio y también enmarca o demuestra la importancia de esta estrategia de prevención, porque, si no al cien por cien, sí se puede evitar en numerosísimos casos. Por tanto, nosotros entendemos que la estrategia es la culminación de todo un trabajo intenso, participado, como se ha dicho, y que tiene como principal objetivo ser más eficaces y mejorar las líneas de actuación que ya se iban llevando a cabo durante los diez años de actividad de la comisión que he citado. Y, desde luego, a nuestro modo de ver, para Geroa Bai representa una actuación muy oportuna y muy necesaria, al margen del número de casos que se produzcan.

Con respecto al contenido de la estrategia, se han explicado los ejes, los nueve objetivos y la orientación que se le da al problema del suicidio. Un enfoque intersectorial, teniendo en cuenta la influencia en el suicidio de factores tanto individuales como sociales y comunitarios, y un enfoque cuya prevención no descansa solo en los servicios especializados de salud mental, sino que incluye a todas las áreas y ámbitos, como educación, Atención Primaria, derechos sociales, etcétera.

Todos ellos en la prevención, desde luego, son igualmente importantes. Yo no sabría distinguir, no sabría decir cuáles son más importantes, si la creación del observatorio, el evitar el acceso a instrumentos letales, no sabría decir cuáles son unos más importantes que otros. Pensamos también que todos están contemplados. Se preguntaba... Bueno, ya responderán, pero es que yo había visto que hay un punto expreso, por ejemplo, a las universidades. Bueno, están reflejados —entendemos— en la estrategia.

Pero yo sí quisiera destacar dos, como digo, no por más importantes. Destacaré uno, que es el objetivo de elaborar protocolos para mejorar la detección teniendo en cuenta la especificidad de cada colectivo en situación de vulnerabilidad. Se refieren nada más y nada menos que a dieciséis colectivos y creo que es importante porque es tan concreto y tan específico que seguramente va a aportar de lo que estamos hablando, de eficacia a todas las actuaciones que se llevan a cabo.

Y también me parece que es importante porque en todas las políticas que se diseñan para esos colectivos se debería tener presente que existe un riesgo mayor de conductas suicidas. Y el otro objetivo que quisiera destacar es todo lo que tiene que ver con el ámbito educativo, la detección temprana en el ámbito educativo. Se señala y, desde luego, para nosotras también es esencial la educación emocional en todas las edades, pero, desde luego, es algo que hay que iniciar desde pequeños, pequeñas, enseñando cómo se habla del asunto. En fin, hay datos que avalan esto.

Yo veía, por ejemplo, el colegio de psicólogos y psicólogas decía que se da un crecimiento exponencial de suicidios en adolescentes o el Informe SESSAMO, que a veces se trata aquí, en la

Comisión de Educación, decía que el riesgo de suicidio es el 13,5 % en las chicas y el 10,2 % en los chicos. Son datos, desde luego, que explican también la preocupación social que muchas veces quizá se puede convertir en alarma y también todo ese trabajo preventivo colaboraría y estos protocolos en rebajar la alarma y situar las cosas en sus justos términos. Una cosa es la preocupación y otra una alarma más o menos fundada.

En conclusión, como les digo, para nosotras, desde luego, todos los objetivos son certeros, todas las medidas que se plantean. Por tanto nos parece que la estrategia es una buena herramienta que quizás no sea ya el referente en el Estado porque sea la única o de las primeras, pero esperamos que sí siga siendo referente por el trabajo que se hace y por el interés que se pone en ella. Y no nos queda más que felicitarles por este documento, por esta estrategia y agradecerles, desde luego, enormemente. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko. Alderdi Popularraren txanda da. Beraz, Garcia anderea, nahi duzunean hamar minutu dituzu.

SRA. GARCÍA MALO: Muchas gracias, Presidente. Buenos días, señoras, señores Parlamentarios. Buenos días y bienvenidos tanto al señor López como a la señora Goñi. Muchas gracias por las explicaciones que nos han dado. Hoy ustedes han venido a hablar de la estrategia de prevención y atención a las personas con conductas suicidas en Navarra y eso analizaremos, pero antes una precisión previa, no hemos venido a hablar de cómo está el estado del Departamento de Salud, que dará para muchos otros debates, que no es, desde luego, el de hoy. Hoy mismo leíamos que, según los profesionales de urgencias, el sistema de salud está roto. No lo dice el Partido Popular, lo dicen los profesionales de urgencias y lo avalan los de traumatología, los de anestesia, los de digestivo. Pero eso da para otro debate.

Ahora, a lo que estamos, que es a esta Estrategia de Prevención y Atención a las Personas con Conductas Suicidas en Navarra. Quiero agradecer el trabajo que han desarrollado, además, hacerlo de forma muy sincera, creo que es un trabajo que han hecho en profundidad, participado, sobre una cuestión que, desde luego, tiene una importante carga de profundidad. Nosotros queremos dejar algo claro desde el principio: como no podía ser de otra manera, compartimos plenamente el objetivo de esta estrategia y la necesidad de esta estrategia.

El suicidio es uno de los mayores retos de salud pública que tenemos como sociedad y cualquier iniciativa que se oriente a prevenirlo, desde luego, merece nuestro máximo respeto y nuestro máximo compromiso. Ahora bien, precisamente por la gravedad del problema, esta Cámara y nosotros concretamente tenemos la obligación de analizar con exigencia si las herramientas que se plantean están a la altura del desafío o no, son mejorables o no. Y lo digo también con humildad, porque al final ni somos técnicos ni especialistas en salud mental y, por tanto, no nos corresponde entrar a cuestiones de aspectos más clínicos o metodológicos del documento.

Pero sí que nos corresponde analizar si esta estrategia de verdad tiene visos reales de poder aplicarse completamente y traducirse en resultados, que es lo que nos parece más importante. Reconocemos que estamos ante un documento muy ambicioso en lo teórico, esta estrategia tiene varios elementos que nos parecen muy valiosos, como es que identifica bien los factores de riesgo. Hace mucho hincapié, insiste mucho en la importancia de la detención precoz, que nosotros compartimos. También analiza los colectivos más vulnerables y luego también se

apuesta por un enfoque integral, no solo se queda en el Departamento de Salud o Asuntos Sociales, sino que desde un enfoque integral y todo esto nos parece muy positivo.

Pero estamos también... En algunas cosas, nos parece insuficientemente concreto en lo práctico, y ahí van algunas de nuestras valoraciones, que seguro que ustedes luego pueden, no sé, justificar, argumentar, pero es la opinión tras analizar el documento. Nos parece que le falta una Memoria económica clara, más clara. No sabemos con qué recursos reales cuenta esta estrategia ni qué parte del presupuesto es nueva y cuál procede de estructuras ya existentes. Eso nos parece importante porque en los planes se suele incorporar el presupuesto de todas las acciones que ya se vienen desarrollando. Entonces estaría muy bien saber qué presupuesto corresponde a esas acciones y qué presupuesto corresponde a acciones que se van a impulsar y qué acciones se van a impulsar sin necesidad de presupuesto, con una reorganización administrativa.

En segundo lugar, reconoce carencias importantes en la atención psicológica y en los recursos de salud mental, pero al menos nosotros no lo hemos visto, no se detallan medidas concretas para reforzar plantillas, reducir listas de espera o mejorar ratios profesionales. ¿Cómo se pretende mejorar la detección y el seguimiento si no se refuerzan los equipos? Ahora igual ustedes me lo pueden explicar. Se vuelve a señalar un problema que no es nueva y es la falta de coordinación entre servicios. Esto suele ser algo muy habitual cuando hablamos de estrategias o de planes que afectan a distintos departamentos, distintos servicios, porque el grado de implicación muchas veces no es el mismo, porque tiene otras cuestiones que trabajar y demás.

Ya en 2014 se establecieron algunos protocolos, creo recordar, interinstitucionales y, sin embargo, hoy diagnosticamos otra vez esa falta de coordinación. ¿Qué ha fallado desde el 2014 hasta ahora y qué garantías tenemos de que esto sí que realmente se va a corregir con las herramientas que tenemos? También nos preocupa un poco la debilidad en los sistemas de información. El documento reconoce déficit en los registros y en los datos epidemiológicos y la verdad que sin datos fiables y que podamos comparar no es posible hacer una evaluación de políticas eficaces.

Estas son las cuestiones más destacables que nosotros hemos analizado, porque el documento, la estrategia, la valoramos como muy positiva, nos parece que es un avance, nos parece que en estos elementos quizá es necesaria una mayor concreción o desarrollo, pero sí que lo que nos parece más importante es que se haga una evaluación sistemática, permanente, con indicadores fiables que nos permitan, al final, ver que esta estrategia se va a concretar y va a haber unos resultados importantes en la materia. Porque aquí yo creo que lo que todos esperamos es que no se quede en un documento bien trabajado, bien redactado, bien consensuado, sino que al final se traduzca en menos intentos realmente de suicidio y menos vidas perdidas, que es de lo que se trata. Por nuestra parte, nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Mila esker eta Contigo-Zurekin taldearekin bukatuko dugu. Beraz, Lopez jauna, zurea da hitza hamar minutuz.

SR. LÓPEZ CÓRDOBA: Eskerrik asko, lehendakari jauna. Bienvenidos, señor López, señora Goñi, muchas gracias por sus explicaciones. Aunque haya temas para otro debate, como se trata de otro debate, ni las voy a nombrar, así que me voy a centrar en lo que ustedes han venido hoy a

explicar aquí. Lo primero de todo, quiero agradecer, no el trabajo que han realizado ahora — eso lo agradeceré después—, quiero agradecer todo el trabajo que se ha ido realizando durante todos estos años desde el Gobierno de Navarra, desde el Departamento de Salud especialmente, porque esta estrategia también nace de toda la experiencia que se ha ido acumulando durante estos años.

A mí sí que me gustaría poner en valor el trabajo que se ha realizado con esta estrategia, con varios de los aspectos que ha hecho, sobre todo ese enfoque integral. El suicidio es un problema de salud pública complejo y multifactorial, que eso yo creo que es básico y requiere la colaboración, como bien ha dicho, de toda la sociedad y no solamente del ámbito sanitario. Yo creo que esto también es un enfoque que es importante ponerlo en valor, que se entienda.

Obviamente, la visión para reducir la incidencia y el impacto es el objetivo de la estrategia. Habéis definido varios objetos clave. Como corro el riesgo, que es lo que nos pasa siempre a los últimos, de repetirnos, voy a intentar ser breve en aquello en lo que me repita, intentar ser novedoso en aquello que no. La estrategia la habéis dividido en nueve objetivos. A nosotros nos gustaría destacar varios de ellos, algunos ya se han dicho, sobre todo el de vigilancia de datos, la creación del observatorio, se acaba de decir que es necesario datos fiables. Creo que la creación del observatorio es precisamente para eso, para disponer de datos fiables, para poder trabajar tanto para mejorar el análisis como para la planificación basada en esos datos.

Una de las cosas que a nosotros nos parece que es un punto muy importante es el tema de la sensibilización y la formación de todos los agentes implicados en esto: educación, justicia, servicios sociales, el propio Departamento de Salud, para normalizar la búsqueda de ayuda. Y esto es una cosa que en alguna de las sesiones de trabajo, la que tuvimos con Besarkada, se hizo mucho hincapié, en la falta de formación que suele haber entre distintos profesionales. Y vosotros, además, le dais ese enfoque más transversal, lo cual creo que es algo para poner en valor.

Y uno que ha comentado todo el mundo pero que creo que es importante es el tema de la detención precoz, y yo quiero hacer mención de la detención temprana en educación con el fortalecimiento, por ejemplo, del Programa Laguntza. También me ha gustado mucho ese foco específico en grupos vulnerables. A veces se piensa en grupo grupos vulnerables como los adolescentes y tal, pero lo habéis extendido muy bien: personas mayores y adolescentes, obviamente, víctimas de violencia de género, colectivo LGTBI, gente en riesgo de exclusión. Quiero decir, me gusta mucho el enfoque que habéis hecho.

Creo que la estrategia nos aporta varios puntos innovadores, creo que está muy bien consolidar el sistema Código Suicidio, creo que es importante asegurar esa atención rápida y ese seguimiento tras una posible crisis. Y luego me ha gustado mucho el concepto de posvención, lo ha comentado, me parece que ha sido el señor Arza, que es proporcionar apoyo profesional y acompañamiento a los supervivientes, que es algo que, como decimos siempre, se sienten culpables de algo de lo que a lo mejor no lo son.

Para acabar —repito—, Navarra cuenta con una larga trayectoria, tenemos los protocolos, como hemos dicho, desde el 2014, pero también ha habido una red de colaboración institucional con el tercer sector bastante importante. Hemos hablado del Teléfono de la Esperanza y Besarkada.

Por cierto, yo quiero nombrar a Besarkada, que acaba de ganar el galardón de juventud precisamente por su trabajo en prevención de suicidio en la juventud y creo que es importante.

Y aunque ya se ha dicho y han sonado a forma de crítica, yo creo que vosotros mismos en el propio DAFO metéis vuestros desafíos y las debilidades que hay, y una de ellas es precisamente la formación, ya hemos dicho, la formación suficiente pero la necesidad de mejorar la oferta de atención psicológica y de profesionales, con lo cual, aunque se haya puesto en evidencia, es algo que vosotros mismos ya sabéis.

Creemos que esta estrategia es una hoja de ruta social para construir una comunidad segura y bien informada frente al sufrimiento psicológico, frente al suicidio. Y, sin más, queremos terminar felicitándoos por el trabajo realizado. Es todo, eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Eskerrik asko zuri ere eta gure gonbidatuak erantzunak prestatu ahal izateko, bost minutuko etenalditxo bat egingo dugu.

(Se suspende la sesión a las 13 horas y 28 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 13 horas y 36 minutos).

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Jarraituko dugu batzordearekin eta horretarako emango diegu hitza beste behin gure gonbidatuei, kasu honetan, haiek ere hamar minutuz. Nahi duzuenean, zuena da hitza.

SR. REPRESENTANTE DE LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS DE NAVARRA (Sr. López Andrés): Eskerrik asko, Presidente. Primero quiero agradecer el tono de todos los grupos y transmitiremos a la comisión NAPRESUI su agradecimiento, su satisfacción general por el documento. Vamos a hacer dos intervenciones, vamos a entrar un poco en la demanda de datos epidemiológicos que se ha planteado y de tendencias, que la parte técnica lo va a controlar mucho mejor que yo y luego yo haré unas consideraciones tanto de recursos, de memorias, etcétera. Entonces, Adriana, si quieres, empezamos con la epidemiología.

SRA. REPRESENTANTE DE LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS DE NAVARRA (Sra. Goñi Sarriés): Gracias también por mi parte por los comentarios que nos habéis aportado. Ha habido varios grupos que habláis de los datos últimos del 2025 —que no son datos oficiales—, son datos nuestros, propios de Navarra. Al INE le cuesta sacar más de un año o incluso a veces dos, los datos de los fallecimientos por suicidio. En este año 2025, efectivamente, hemos tenido una bajada, no es la primera vez. En el 2018 creo que también tuvimos treinta y nueve personas. En otro año también llegamos a tener cuarenta o cuarenta y uno. No es la primera vez que tenemos esos datos.

Lo normal es que nos movamos entre cincuenta-cincuenta y siete personas por cada año, casi nunca nos hemos movido. Con lo cual, los datos del 2025 todavía hace falta que el INE nos los certifique, nos lo consolide, que siempre hay una variación. En el año 2024 habíamos contabilizado cincuenta y tres nosotros y ellos nos pusieron cincuenta y siete. Lo digo un poquito de memoria. Siempre hay —no se sabe muy bien por qué— un desvío, con lo cual igual dentro

de un año nos damos cuenta de que no han sido treinta y nueve y nos han puesto cuarenta y dos o igual nos han puesto treinta y siete. Con lo cual, son datos provisionales, que siempre lo decimos cuando lo sacamos a la opinión.

Hombres y mujeres. Navarra, como el país y como prácticamente todo el mundo occidental, sabemos que tenemos tres hombres por cada mujer fallecida, en esa proporción. Prácticamente es así. ¿Por qué? Tampoco lo sabemos. La mujer se suicida menos, la mujer lo intenta más, pero se suicida menos y es el hombre el que triplica a la mujer. ¿Qué nos ha ocurrido en Navarra? Que por dos veces en 2015 tuvimos un encuentro en la tasa de hombres y mujeres y el gráfico se junta y en el 2025 hemos tenido otra vez casi repetido el mismo número de hombres y mujeres. Creo que es —digo, creo— azar.

En el 2015 pasó esto, nos asombramos muchísimo y recurrí al Observatorio Nacional de Suicidio a ver si en otras comunidades estaba pasando esto, porque siempre era tres a uno y nosotros también. Y me dijeron que nunca, que no, que ninguna otra comunidad había reportado esos datos. Eso pasó en el 2015 y ya uno empieza a pensar, igual es que la mujer también está avanzando en esto y también se va a suicidar más. Parece que tenemos diferentes capacidades de afrontamiento, parece que a veces los métodos para el primer intento son menos letales y entonces la mujer lo intenta y no da ese paso, aunque cuando lo intenta también va a utilizar un método violento. Pero el caso es que no supimos saber por qué, esto no se ha vuelto a repetir. Y en este último año, en el 2025, también hemos tenido muy aproximado el número de hombres y mujeres y no tengo respuesta.

Otro dato que también se ha comentado es ese pico a partir de los setenta y cinco, más que desde los sesenta y cinco años que siempre tenemos y, desde luego, muy claro en hombres que en mujeres. Esto es algo que repetimos también prácticamente todos los años, es donde más también tenemos menos población y la tasa va a aumentar. El reto es que nosotros hemos podido tener muchos años sin suicidios en menores, en menores de dieciocho, en menores de diecisiete años. Hemos estado unos cuantos años sin ellos. Como os podéis imaginar, cada vez que ocurre uno eso es un drama. Y hemos estado años sin suicidios, los tenemos contabilizados todos los años anteriores. Y en lo que llevamos del 2026 hemos tenido dos menores ya de diecisiete y otra de veintitrés. No es menor, pero es una niña, con lo cual ya los datos del 2026 van a ser tremendos, porque esa cola de personas que se suicidan por debajo de los veinte ya nos va a dar... En Navarra tenemos una N, suena mal decir, pero una N tan pequeña, con que haya dos o haya tres o haya seis arriba o abajo se mueve mucho a efectos de gráficos.

No sé si he contestado. Respecto a la accesibilidad a la red, efectivamente, esto es el gran reto, para suicidio, para intentos y para otros temas. Habéis comentado alguien el Código Suicidio, yo creo que también lo he dicho. El Código Suicidio es una herramienta que lo que pretende precisamente es eso, detectar y monitorizar y que no se nos pierdan los pacientes. Cuando un paciente acude por un intento a la urgencia, que nos llegue a los centros de salud mental o a los hospitales de día o a donde tenga que llegar sin que se pierda por el camino, que lo atrapemos, porque esa sí que es una buenísima herramienta de prevención.

El código pretende eso. Y el código en este momento tiene un protocolo que dice que con un código de suicidio activado, si es una persona adulta, en siete días esta persona si no ingresa en el hospital, que tres de cada cuatro intentos no ingresan en el hospital, se les atiende y salen; no

ingresan en la unidad de agudos de hospitalización psiquiátrica, lo tenemos que ver en el centro de salud mental en un período de siete días máximo. Y si es un menor de dieciséis, en un período de tres días. Puedo decir que se está cumpliendo. No sé si se activan todos los códigos, pero de aquellos que se activan estamos cumpliendo ese margen de tiempo. Se les ve en el centro de salud mental y ahora viene la segunda parte, que es el seguimiento. Son pacientes que hay que cuidar, que hay que atender. Las crisis de suicidio sabemos que suben, son muy explosivas, luego vuelven a bajar y luego vuelven a subir, y podemos estar así. Con lo cual, el seguimiento va a ser muy importante.

En el seguimiento es donde viene un poco la dificultad y las quejas de muchos de los psicólogos que estamos ahí, porque de cita a cita ya no tenemos un protocolo que marque, uno lo tiene que ver cada semana y, si no es uno, va a ser la enfermera. Con lo cual, ahí sí que podemos estar fallando. Y lo que tenemos ahora también es una nueva oferta, y es que hemos creado, acabamos de crear, llevamos dos meses introduciendo un grupo de intervención en crisis suicida. Cuando el paciente con código activado llega al centro de salud mental, este psiquiatra o este psicólogo le mantiene con el código activado, que esto es un rótulo que aparece en historia, no es más, le puede ofrecer un grupo terapéutico de cuatro sesiones a una hora y media semanal, que lo hacemos en un sitio donde hacemos terapias de grupo.

Esto es algo nuevo. Lo digo aquí porque lo acabamos de echar a andar, que llevábamos tiempo también, como una manera de reforzar el seguimiento de psicología, que no es posible, dada la presión de las agendas, hacer algo un poco fuera y que luego revirtiera otra vez al centro de salud mental. Y creo que...

SR. REPRESENTANTE DE LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS DE NAVARRA (Sr. López Andrés): Yo, por añadir algunos temas que se han comentado, con el tema de universidades, sí que dentro de la estrategia hay un objetivo, una línea específica de universidades. Incidir que en la ley de universidades que se está gestando en este momento, desde Salud Mental se ha trabajado específicamente este tema, no solo con el tema de prevención suicida sino con el bienestar emocional en general de la población universitaria.

Con el tema del centro penitenciario quería añadir que desde que tenemos las transferencias sanitarias, exclusivamente sanitarias. Ojalá algún día tengamos todas las transferencias, la organización tanto asistencial. Tenemos un psiquiatra en la prisión en este momento y una enfermera dedicada exclusivamente a salud mental, tenemos un servicio de farmacia donde el control a los medicamentos, la distribución de los medicamentos y el control han mejorado notablemente. Eso no quiere decir que no haya muchísimas cosas que hacer todavía, pero creo que estamos en el buen camino.

Con el tema de la equidad territorial, hay un aspecto nuclear en el anteproyecto de ley foral de salud, que es la creación de los distritos en todo lo que tiene que ver con el ámbito comunitario. Precisamente lo que busca es la equidad territorial en aquellas parcelas, sean especializadas o de segundo nivel o de primer nivel, pero que radican en el ámbito comunitario, y la salud mental busca precisamente esa equidad en el territorio fundamentalmente.

Con el tema de Memoria económica, es cierto, no tienen una Memoria económica estratégica. Pero tampoco es un plan como tal, sino que con los recursos que tenemos, reorganizarlos, redistribuirlos y seguramente lo único que contempla la estrategia que va a necesitar algo de Memoria económica; es decir, que va a necesitar una partida, es la creación del Observatorio de Salud, que va a estar incardinado y que va a haber seguramente que crear alguna persona.

Creemos que no es necesario, no que no sea necesario, sino que no es lo fundamental la Memoria económica, sino la redistribución y la reorganización de los diferentes recursos que tenemos en educación, en derechos sociales, en salud y en la sociedad en general.

Por mi parte, simplemente quiero terminar con que, evidentemente, la intención de este departamento es que este documento —que creemos que es un buen documento— se traduzca en unos resultados en salud. Este es el objetivo. Nos hemos dado un período de seis años. Creemos que implementar todas estas estrategias, todos estos objetivos va a necesitar del compromiso de mucha gente, del compromiso de muchos departamentos, fundamentalmente del compromiso del Gobierno y de la sociedad.

Para ello una parte importante de la estrategia analiza lo que es la gobernanza de la estrategia. Es decir, un grupo que se va a crear, además, por orden foral, que tiene que estar encima del cumplimiento y la exigencia de que los diferentes objetivos se midan, se realcen. Sabemos que algunos no los cumpliremos porque es muy difícil, pero nuestro objetivo es que se puedan cumplir todos y cada uno de ellos.

Creo que por mi parte no hay nada más que agradecer de nuevo su agradecimiento y que trasladaremos a todos los agentes que han elaborado la estrategia lo que nos han transmitido.

SR. PRESIDENTE (Sr. Asiain Torres): Ongi dakizuenez, 2. txanda irekitzeko aukera dugu. Ez dakit alderen batek eskatzen duen... Eskertzen dizuet nik ere. Eta gai-zerrendan puntu gehiagorik ez dugunez, eskerrak berresten Adriana eta Antoniori gurekin hemen egoteagatik eta emandako azalpenengatik. Bukatutzat jotzen dugu batzorde hau. Eskerrik asko guztioi.

(Se levanta la sesión a las 13 horas y 48 minutos).