



DIARIO DE SESIONES  
DEL  
**PARLAMENTO DE NAVARRA**

---

IX Legislatura

Pamplona, 25 de abril de 2017

NÚM. 40

---

**TRANSCRIPCIÓN LITERAL**

**COMISIÓN DE SALUD**

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.<sup>a</sup> CONSUELO SATRÚSTEGUI MARTURET

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 25 DE ABRIL DE 2017**

**ORDEN DEL DÍA**

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud y de la Directora-Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra para exponer la situación de los estudios sobre desigualdades en salud en el Observatorio de Salud Comunitaria.

— Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a realizar la evaluación del II Plan Foral de Drogodependencias en el plazo máximo de tres meses, presentada por la Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> María Victoria Chivite Navascués.

(Comienza la sesión a las 10 horas y 37 minutos).

**Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud y de la Directora-Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra para exponer la situación de los estudios sobre desigualdades en salud en el Observatorio de Salud Comunitaria.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Egun on guztioi. Buenos días, a todos y a todas. Voy a empezar porque tenemos la mañana apretada. Damos comienzo a esta Comisión de Salud. Antes de pasar a saludar al Consejero y su equipo, quiero comentar que hay una solicitud de aplazamiento de la moción que venía después por parte del Partido Socialista. ¿Alguien se opone? Entonces quedaría aplazado el punto dos. Pasamos al primer punto del orden del día que es la comparecencia a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud y de la Directora-Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral para exponer la situación de los estudios sobre desigualdades en salud en el Observatorio de Salud Comunitaria. Para ello, damos la bienvenida al Consejero Domínguez, a María José Pérez Jarauta, Koldo Cambra y Leire Ochoa. Tiene la palabra el señor Consejero por un espacio de treinta minutos.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias. Buenos días a todas y todos. Egun on. Comparezco ante ustedes en esta ocasión acompañado por la gerente del Instituto de Salud Pública, María José Pérez Jarauta, para exponerles la situación de los estudios realizados sobre desigualdades en salud en el Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra.

Desarrollaremos la comparecencia siguiendo el índice que pueden observar en la diapositiva, pero previamente haré una introducción explicando qué es un Observatorio de Salud y cuáles son sus objetivos para luego entrar en materia presentando las desigualdades en salud apoyándonos en datos como la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad, la salud percibida, los estilos de vida –como por ejemplo el consumo de tabaco–, la obesidad infantil; para acabar con las conclusiones del análisis realizado.

En 2014, la OMS publicó una guía orientada al desarrollo de Observatorios de Salud Pública para facilitar inteligencia sanitaria, responder a las necesidades locales y trabajar en colaboración con distintos sectores, agencias, instituciones y sociedad civil. El Plan de Salud 2014-2020 y el de Salud Pública 2016-2020 prevén la creación de Observatorios de Salud Global y Comunitaria, respectivamente. Un instrumento que existe en algunas comunidades autónomas y en otros países. Conocer las realidades sociales y las relativas a la salud de las poblaciones es algo complejo, pero necesario para la formulación de políticas oportunas y efectivas con una perspectiva de participación, acción y transformación social. Requiere además disponer de indicadores adecuados de muerte y enfermedades, y cuantificar el impacto sobre la salud de los determinantes sociales y económicos. El Observatorio de la Salud Comunitaria de Navarra es un instrumento creado para generar, reunir y comunicar la información relativa a la salud pública, que promueva y apoye acciones de todos los agentes de salud para mejorar la salud colectiva y trabajar en la reducción de las desigualdades en salud.

El Observatorio tiene como modelo conceptual el modelo de determinantes sociales de la salud que plantea que la salud es el resultado de múltiples factores interrelacionados: personales, como los genéticos, la edad y el sexo; y otros factores como son los estilos de vida y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que configuran las condiciones en que las personas nacen y viven.

El Observatorio tiene presente que la distribución en la población de esos determinantes sociales de la salud no es ni aleatoria ni homogénea y que existen ejes generadores de desigualdades como son el territorio en el que vive la persona, el género, la edad, la etnia, la posición y clase social, etcétera que condicionan que no todas las personas tengan las mismas oportunidades de alcanzar su nivel óptimo de salud. La importancia que tienen estos ejes generadores de desigualdades se demuestra en numerosos estudios científicos de la OMS y otras agencias europeas y mundiales ya desde los primeros estudios Whitehall dirigidos en el Reino Unido por Marmot y se encuentran en todos los espacios y ámbitos de la salud en los que se estudian.

Como vemos en esta diapositiva, los determinantes de la salud generadores de desigualdades pueden ser estructurales, como son el contexto socioeconómico y político; y unos denominados ejes de desigualdad que son, como ya se ha indicado con anterioridad, la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio; y unos determinantes intermedios relacionados con los recursos materiales, como son las condiciones de empleo y trabajo, el trabajo doméstico y de cuidados, los ingresos y la situación económica, la vivienda y el entorno residencial que condicionan todos ellos factores psicosociales, conductuales y biológicos que se relacionan con los servicios de salud. Es en este marco en el que se han establecido los tres pilares de información fundamentales que debe proporcionar el Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra. Por un lado, la información sobre la situación de salud, indicadores de morbilidad, mortalidad y su evolución, es decir, conocer cuál es el nivel de salud y cómo enferman las personas en Navarra. En segundo lugar, la información sobre la situación en Navarra de los determinantes de la salud, como son los estilos y condiciones de vida, socioeconómicas, culturales y ambientales, así como de los recursos o activos que existen en la Comunidad para mantener y mejorar la salud. Y finalmente, el análisis de desigualdades del nivel de salud y de los determinantes por los ejes de desigualdad principales, género, clase social, etcétera ya repetidos. La finalidad última del Observatorio de la Salud Comunitaria es proporcionar a los servicios de salud, sociales, educativos, Ayuntamientos, organizaciones y agentes sociales pertenecientes o no al sector sanitario la información y la evidencia que precisan para poder dirigir sus actuaciones a la mejora de la salud de las poblaciones y a la reducción de las desigualdades en salud.

El Observatorio, además de fomentar las actuaciones comunitarias de los servicios sanitarios, busca promover la salud en todas las políticas y los procesos de participación ciudadana para mejorar la salud.

Con este objetivo de participación, se ha creado un sitio web a través del cual se comunicarán los resultados de los estudios realizados y se recogerán sugerencias y aportaciones de la ciudadanía relacionadas con el contenido del Observatorio, es decir, con la situación de salud por área geográfica, con las desigualdades en salud y con los activos de salud.

Va a seguir ahora la señora Pérez Jarauta para centrar la comparecencia en el tema de las desigualdades en salud. Muchas gracias.

SRA. DIRECTORA-GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (Sra. Pérez Jarauta): Egun on guztioi. Buenos días a todas y a todos. La verdad es que es un placer para mí volver a esta Mesa de Salud para presentarles este tema, que nos parece tan importante en Salud Pública y laboral, sobre las desigualdades sociales en salud. Yo intentaré exponer un resumen de los estudios que se han ido realizando, algunos de hace unos años, aunque escasos, y que se han incrementado mucho en estos años 2016 y 2017. La verdad es que es un tema complejo; espero que la exposición, el resumen que hemos preparado, les resulte útil y espero también no estar más de treinta minutos, más del tiempo fijado.

Si les parece, presentaré en el orden por el que el Consejero planteaba el índice: primero, desigualdades que se han visto en el estudio por esperanza de vida; después, sobre mortalidad; luego sobre morbilidad, sobre enfermedades, sobre enfermedades crónicas en general y también específicamente sobre diabetes; la salud percibida; los estilos de vida, entre ellos, el tabaco; y el tema de la obesidad infantil, para cerrar porque nos parece de suma importancia porque es la infancia, porque es el futuro.

Empezando con el tema de la esperanza de vida, lo primero que hay que decir es que la esperanza de vida al nacer sitúa a Navarra como una de las regiones del mundo donde la población realmente goza de mayor longevidad. Como ven en la gráfica, Japón ocupa el primer lugar en esperanza de vida entre los países de la OCDE, con 83,4 años, y España es el segundo país, con 83,2 años. Navarra tiene 84 años dentro de España. Y Estados Unidos, el que ven ahí en rojo, tiene 78,8. Está un poquito pequeño, 78,8 años.

En cuanto a la esperanza de vida por sexo, las mujeres de Navarra –este es un estudio europeo de más de trescientas regiones europeas de todas de las que se dispone de datos– ocupaban la segunda posición en el *ranking* en la esperanza de vida al nacer, con 86,9 años, y la sexta posición en el *ranking* de los hombres, con 81,2 años. Esta diferencia es mayor que en algunos países, como Holanda que tiene 3,5 años –si ven aquí–, pero es mucho menor que Lituania que, por ejemplo, tiene 11 años. Esto en cuanto a la esperanza de vida por sexo. Estos datos son globales de Navarra y por sexos. Lo que ocurre es que Marmot, sí, Michael Marmot, al que aludía el Consejero, plantea que la esperanza de vida se ve afectada realmente por muchos factores económicos y sociales, como la educación, el empleo, los ingresos, el desarrollo temprano de la infancia... Entonces lo que nos interesa mucho conocer para poder trabajar mejor y para mejores políticas públicas y de todas las instancias es conocer si dentro de Navarra existen grupos de población definidos o por su nivel socioeconómico o por zonas geográficas que disfrutaran de peores niveles de salud para poder intervenir más específicamente en ese sentido.

Paso entonces a la esperanza de vida por clase social, este es el único estudio que tenemos y es de 1996 al 2007. Es el Estudio MEDEA, es un estudio que está hecho por zonas pequeñas, por zonas censales, no por zonas de salud que presentaré después, sino por zonas censales, más pequeñas, que son más sensibles a las desigualdades. Se estudian zonas censales por un índice de privación económica que se construye con cinco indicadores: desempleo, bajo nivel educativo, bajo nivel educativo en jóvenes, porcentaje de trabajadores manuales y porcentaje

de trabajadores eventuales. Con esos datos, lo que se ve es que en rojo figuran las zonas de mayor privación socioeconómica, las de peores condiciones socioeconómicas, y en gris figuran las mejores. Este estudio MEDEA es para ciudades. Esto es Pamplona. ¿Qué ocurre? ¿Qué se ve aquí? Las zonas con mayor privación socioeconómica presentan una esperanza de vida de 3,8 años en los hombres, y de 2,6 en las mujeres, menor que en las zonas con mejor situación socioeconómica. Esto es toda la parte de abajo, de la Cuenca de Pamplona y esto es el Ensanche, Iturrama, el Primer Ensanche y el Segundo, Iturrama, toda la parte con mejores indicadores socioeconómicos realmente. Y esas son las diferencias en esperanza de vida, 3,8 y 2,6. Quédense con el dato porque si vamos a otras ciudades u otras comunidades, a otras ciudades más bien, Londres, por ejemplo, tiene 17 años de esperanza de vida menos en unas zonas respecto a otras en hombres. Esto es el Gran Bilbao y hay 8,3 años de diferencia de esperanza de vida en hombres. Las dos les estoy diciendo en hombres. Nosotros teníamos 3,8 en hombres.

Si pasamos a zonas geográficas, a todo Navarra –lo anterior era Pamplona, ahora pasamos si les parece a todo Navarra–, el estudio que se ha realizado es por zonas básicas de salud porque realmente es lo que nos va a permitir intervenir mejor, esa es la razón. Ven en azul más intenso las zonas que tienen menor esperanza de vida y en azul más claro las que tienen mejor. Esto es Pamplona. Y por hombres y mujeres. Normalmente la mayoría de los estudios de esperanza de vida se hacen por hombres y mujeres porque realmente tienen comportamientos en algunos temas bastante diferentes. Sirve de poco hablar de la media, sirve mucho más hablar, comparar hombres con hombres y mujeres con mujeres. Aparte de que la diferencia, como han visto, es de cinco años y pico. ¿Qué ocurre aquí? Hay diferencias, efectivamente, como en todas partes en las que se estudian, hay diferencias. En hombres, por ejemplo, algunos son mayores que la media navarra en algunas zonas, por ejemplo, Isaba, Iturrama, Azpilagaña, Huarte y Peralta. Les cito las estadísticamente significativas. En mujeres son mayores que la media navarra Villava e Iturrama, destacan. En cuanto a menores que la media navarra, destacan tres: Buñuel, Berriozar y Elizondo, en hombres, y en mujeres destacan Buñuel, Berriozar, Leitzia, Ansoain y San Adrián. Pero la buena noticia es que si miramos cómo se desarrolla esto y cuánto son esas diferencias para hacer valoraciones globales, esto son hombres y esto son mujeres. ¿Qué pasa aquí? Si ven este eje, el eje central es la media navarra. Excepto Isaba, que tenemos que estudiar. Hay que tomar con cautela todos estos tipos de datos porque hay que profundizar muchos más en el estudio. ¿Qué ocurre aquí? El buen dato es que la diferencia por arriba o por abajo, la media navarra para hombres es esta y la media navarra para mujeres es esta, es la línea recta. ¿Y qué pasa? Que al contrario que en otros lugares, como ahora veremos, en realidad es un contínuum. Claro que existen diferencias, pero no hay grandes saltos. Todos los valores están situados en torno a la media y se sitúan en más menos dos, que verdaderamente indica bastante equidad, una situación de bastante equidad. Aunque, como digo, hay algunos datos que hay que tomar con cautela. Las diferencias son bajas, pero queda mucho por estudiar. Por ejemplo, ¿qué ocurre con las zonas básicas? Hay zonas básicas, como Casco Viejo, que incluye la zona básica al Casco Viejo y al Primer Ensanche, con lo cual aquí lo estamos estudiando junto. Hay que profundizar en zonas pequeñas, zonas censales. O por ejemplo, Zizur – Echavacoiz incluye a Echavacoiz con Urdanoz, pero también incluye a Zizur e incluye a Echavacoiz norte. Estamos profundizando en estos tipos de estudios. De todos modos, el valor, el agruparse en más-menos dos años en torno a la

media es verdaderamente significativo y relevante y también hay que decir en este sentido que las diferencias entre hombres y mujeres, si quitamos, como digo, Izaba que estamos estudiando qué hay ahí detrás, son entre la que más y la que menos 4,2 años en hombres y 4 años en mujeres, entre la zona que más y la que menos. Por ejemplo, en otras regiones, como la Comunidad Autónoma del País Vasco, que tiene hechas el mismo tipo de estudios –porque hay muy pocas comunidades autónomas dentro de España que tienen hecho este tipo de estudios, de alguna manera con el mismo valor–, tiene diferencias de 10,5 años en hombres y 7 años en mujeres, en el período 2006-2010. Hasta aquí, entonces, la esperanza de vida.

Verdaderamente hay que profundizar en los estudios, estos datos son significativos y son relevantes. Hay diferencias, y hay que profundizar en los estudios.

Me paso, si les parece, a la mortalidad, más que todo a las causas de mortalidad, porque se encuentran bastantes diferencias en la mortalidad según el nivel de estudios de las personas. Aquí ven la tabla que explica la razón de tasas de mortalidad entre el grupo con educación primaria o menos y el grupo de estudios universitarios, en hombres y en mujeres. Lo que vemos aquí es que el 37 por ciento más de mortalidad tienen los hombres con menor nivel de estudios respecto al mayor nivel de estudios, tienen un 37 por ciento más de mortalidad y en las mujeres un 23 por ciento más, en global, en conjunto por todas las causas, un 23 por ciento más las que tienen menos estudios respecto a las que tienen más estudios. ¿Qué más podemos ver de aquí? En hombres, las diferencias mayores se dan para enfermedad pulmonar obstructiva crónica, muy probablemente relacionada con el tabaco, que es el 86 por ciento mayor, y también la cirrosis, relacionada con el alcohol, y los accidentes con varias causas, que son 4 y 5 veces mayor, o sea, 400 por ciento y 500 por ciento, en hombres. Estas son por causas de mortalidad las que más están incrementadas en los grupos de menos estudios con los de más nivel de estudios. En mujeres, ¿qué ocurre? Aquí ocurre un fenómeno curioso. Las diferencias mayores se dan en enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 2 veces mayor, y en diabetes, que es 5 veces más alta, pero lo curioso es esto, que la mortalidad por cáncer en el grupo con bajo nivel de estudios es aproximadamente un 8 por ciento menor. ¿Qué pasa aquí? Que las mujeres universitarias presentan una mayor mortalidad por cánceres relacionados con el tabaquismo, sobre todo, de páncreas y de pulmón porque se iniciaron primero las mujeres con mayor nivel de estudios en el tema del tabaquismo, aunque si lo estudiamos dentro de unos años probablemente han empezado a dejar de fumar más, probablemente esto ya no será así. Por eso, siempre a todos estos estudios hay que ponerles la fecha porque la sociedad evoluciona. Esto respecto a la mortalidad, también encontramos diferencias por nivel de estudios.

Nos pasamos a las enfermedades. Primero, si les parece las enfermedades crónicas. Esta es por nivel de ingresos, que es otro indicador de desigualdad socioeconómica, los dos que más se estudian son el nivel de ingresos y el nivel de estudios. ¿Qué vemos aquí? Vemos que, primero, cuando hablamos de enfermedades crónicas, hablamos de asma, cardiopatía isquémica, bronquitis crónica y diabetes, y estamos hablando de la población atendida en los centros de salud de Navarra y hospitales según el nivel de ingresos socioeconómicos y aquí están clasificados los niveles de ingresos en cuatro grupos, de menores ingresos a mayores ingresos. ¿Qué vemos aquí? Lo que Marmot y otros estudiosos del tema denominan un «gradiente social perfecto», perfecto entre comillas, claro. Es un gradiente social muy claro. ¿Qué se ve?

Que a medida que aumentan los ingresos, desciende la prevalencia de enfermedades crónicas, tanto para hombres como para mujeres, como para el global. Y desciende claramente. La segunda cosa que vemos es que para los hombres las enfermedades crónicas –también vemos por sexo además que es otro de los ejes de desigualdad, en este caso, ya veremos luego que no pasa así en otros temas–, los hombres tienen mayor prevalencia de cronicidad que las mujeres. Esto en enfermedades crónicas globales. Y una de ellas que citábamos: asma, cardiopatía isquémica, bronquitis crónica o diabetes; me voy a extender un poco en la diabetes porque es una de las más demostrativas y es una de las que más nos preocupan.

¿Qué ocurre con la diabetes? Ocurre que es una enfermedad crónica que, como probablemente saben, acorta la vida y además empeora su calidad, sobre todo, porque genera enfermedades vasculares de todo tipo y está muy relacionada con el sobrepeso y la obesidad. Tenemos ahora mismo, en el último año en Navarra, alrededor de 40.000 diabéticos estudiados. Entonces, por su carga de enfermedad es una de las más importantes de las que citamos. ¿Qué ocurre aquí? ¿Qué vemos aquí? En verde hemos puesto a los hombres y en azul oscuro a las mujeres para cambiar del azul y rosa, es verde azul, verde morado. Este azul es un poco azul... morado. En principio, los hombres todo el rato presentan mayores prevalencias. Perdón, aquí están representados por nivel de renta y por sexo. Los hombres y mujeres juntos, pero para los distintos niveles de renta, de menos ingresos a más ingresos. ¿Qué ocurre? Un gradiente social perfecto, como decía con las crónicas, en todos los casos. El de menores ingresos a mayores ingresos va descendiendo la prevalencia de diabetes en hombres. Estos son hombres mayores de 20 años y oscilan desde un 10 por ciento en la población con menores ingresos al 5,3 por ciento en la población de más ingresos. En mujeres, las diferencias son aún mayores, de un 8 por ciento en la población, en los grupos de menores ingresos, a un 1,2 en las de mayores ingresos. Y siempre hombres respecto a mujeres, por sexo, es mayor la prevalencia. Hemos hecho también el análisis por zonas geográficas porque nos parecía útil para trabajar sobre el tema. ¿Qué ocurre por zonas geográficas? También por zonas de salud porque es la unidad que realmente está más orientada a la acción, a la intervención porque hay un centro de salud en cada zona de salud, hay entidades sociales que trabajan en los distintos temas y hay Ayuntamientos que trabajan desde el ejercicio físico porque la diabetes está muy relacionada con la obesidad, luego con la alimentación y el ejercicio físico y las ofertas de ejercicio físico, por ejemplo, en muchos casos son municipales. ¿Qué ocurre aquí? Pues que también existen diferencias, hay zonas con mayores y menores prevalencias. Siempre en oscuro es las de más prevalencia y en claro, las de menos. Por ejemplo, en Pamplona, las zonas básicas con peores indicadores socioeconómicos, en Pamplona que, como decíamos, es esto de aquí, en hombres y en mujeres, ¿recuerdan la del estudio MEDEA? En Pamplona, estos eran las zonas de mayor privación socioeconómica, tanto para hombres como para mujeres, presentan más diabetes. Las zonas de más privación presentan más diabetes. No quiero que se me vaya porque a veces se te va una palabra y lo dices al revés. Por eso intento estar muy atenta a la palabra, a ver si no se me pasa ninguna. Entonces, presentan prevalencias más altas, tanto en hombres como en mujeres, y por citar algunas zonas de Pamplona, esta vez, en Ansoain, Rochapea o Burlada –y me centro en mujeres– 7 de cada 100 mujeres mayores de 20 años son diabéticas en comparación con 3 de cada 100 en Iturrama; pero, por ejemplo Azpilagaña, el Segundo Ensanche y San Juan también tienen prevalencias menores de 4 por ciento. Se ve claramente un gradiente social en cuanto a la diabetes

territorial en lo que he dicho, las zonas de más privación socioeconómica presentan más diabetes que las mejor situadas socioeconómicamente, sí, tanto en mujeres como en hombres. Esto respecto a la diabetes. Como decía, estoy haciendo un resumen hasta aquí de las crónicas. El informe entero estará hoy colgado en la página web, y si quieren pueden consultarlo más. He intentado recoger los *flashes* más importantes para que puedan hacerse una idea global.

Otro tema importante, la salud percibida, que era el cuarto indicador del que queríamos hablarles. Esperanza de vida; mortalidad y sus causas; enfermedades, morbilidad, todas las crónicas juntas y la diabetes especialmente; y nos pasamos a salud percibida. Hemos estudiado la salud percibida por nivel de estudios y sexo. ¿Qué ocurre con la salud percibida, autopercebida? Porque este análisis es un análisis específico que hemos hecho sobre la encuesta estatal de estilos de vida, la encuesta de condiciones de salud. La salud autopercebida se relaciona mucho con las dimensiones física y mental de la salud que a veces se nos olvidan y, por eso, queríamos traerla aquí. Lo que se ve aquí es que en ambos sexos aumenta la percepción de tener una salud regular y mala en la población con menores niveles de estudios. Estos son menores estudios y estos son estudios universitarios, estos son hombres y estas son mujeres. En ambos sexos, la percepción de regular y mala es mayor en la población con menores niveles de estudios. Esto, tanto en hombres como en mujeres, es mayor que esto, que es estudios universitarios, tanto en hombres como en mujeres. Se sienten peor, declaran sentirse con mala salud o regular salud más los grupos de población con menores niveles de estudios frente a los de estudios universitarios, a las y los de estudios universitarios. El gradiente social no es tan perfecto en hombres y en mujeres; como ven, en hombres es bastante, es bastante un gradiente social; disminuyen conforme aumenta el nivel de estudios de una manera, en correlación con el nivel de estudios. Disminuye la gente que dice tener una salud autopercebida como regular o mala. Y en mujeres, no está tan claro. Baja, baja, baja y sube en las de estudios universitarios. Parece que aquí hay ciertos temas relacionados con el estrés que pueden estar influyendo. Hay que hacer notar también que, en general, las mujeres tienen, en general, en global si lo hiciéramos en bloque, peor salud autopercebida que los hombres. Bien, esto respecto a la salud autopercebida.

En cuanto a los estilos de vida, que era el quinto indicador de salud que les queríamos comentar, lo hago muy breve, si les parece, porque hablamos en alguna comparecencia anterior respecto a esto. Aquí lo que ocurre es que los estilos de vida también reflejan desigualdades según niveles de estudios, de nuevo. Esto son prevalencias de personas fumadoras en hombres y esto son prevalencias de personas fumadoras en. En hombres, en ambos, como ven, según la encuesta de condiciones de vida de 2012 en Navarra, la población con estudios universitarios es la que menos fuma, tanto en hombres como en mujeres, este segmento de aquí. En mujeres, son las que menos fuman. Ya se ve, en este año, en que las mujeres universitarias están dejando más de fumar, pero, como ven, no hay un gradiente social en las mujeres. Se comportan los grupos sociales de manera diversa porque las oleadas de empezar a fumar han sido diferentes por grupos sociales y el dejar de fumar también. Mientras que en los hombres es un poco más homogéneo, es un gradiente social un poco más homogéneo, aunque tampoco es un gradiente social exacto. Pero, en ambos casos, el tabaquismo está asociado con menores niveles de estudios. A mayor nivel de estudios, menos prevalencia de personas que fuman.

Y para acabar, quería exponerles el estudio de obesidad infantil, un resumen porque hay muchos más datos en el informe global. ¿Qué ocurre con la obesidad infantil? Por una parte, ¿qué pasa con la obesidad infantil? Que es una morbilidad, una enfermedad, aquí estamos hablando de obesidad no de sobrepeso, la obesidad que se puede considerar más un factor de riesgo/enfermedad mientras que el sobrepeso va más hacia factor de riesgo/estilo de vida. Estamos hablando de obesidad y además de obesidad en la infancia, que tiene unos patrones muy específicos que no se rigen por el índice de masa corporal habitual para los adultos, sino que tiene otros patrones que, además, han cambiado, y recientemente en Navarra hemos adoptado los más severos, por decirlo de algún modo. Estábamos funcionando con los de la Fundación Orbegozo y con la Dirección de Atención Primaria se decidió cambiar a los patrones de la OMS, que establece como patrón razonable de obesidad infantil en una población el que sea menor del 3 por ciento. El de la Fundación Orbegozo era más laxo, por decirlo de algún modo. ¿Por qué es importante? Porque se asocia con la obesidad en edad adulta y porque aumenta el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular y diabetes, con lo cual vamos a incrementar, por ahí también, en el futuro, más enfermedad y más muerte por esta causa. ¿Qué vemos aquí? En cuanto a desigualdades socioeconómicas, en Navarra, se observa una asociación de la obesidad infantil con el nivel de renta de los padres, y esto es muy importante. Aquí ven. Aquí está también sexo además de nivel de renta y edad, con lo cual esta gráfica es un poco compleja, pero valorábamos que era la que mejor daba una foto sintética de la situación de la obesidad. Esto son niños de 2 a 5 años, niñas de 2 a 5 años, en la que la prevalencia de obesidad, como ven, es menor en cualquier caso. Pesa más la lactancia materna, las recomendaciones pediátricas y se hacen, en cualquier caso, alimentaciones más especiales y más saludables para los niños y niñas más pequeños. No he dicho que esto es todo el rato renta, ingresos menores de 18.000 comparado con más de 18.000, o sea que, no estamos comparando los extremos en obesidad infantil. Estamos comparando menos de 18 con más de 18. Estos son de 2 a 5 años. Estos son niños y niñas, niños de 6 a 9 y niñas de 6 a 9, y niños de 10 a 14 y niñas de 10 a 14. ¿Qué se ve claramente en esta gráfica? En todos los casos, los padres con ingresos menores de 18.000 la prevalencia de obesidad infantil respecto a los de mayores ingresos es mayor. Hay más obesidad infantil entre los grupos con menores ingresos, en todas las edades. En los grupos de niños más pequeños, las diferencias porcentuales, que no sé si se ven muy bien, se encuentran entre 2 y 3 puntos porcentuales. En los grupos de más mayores, aumentan, más de 5 puntos porcentuales, y esto es importante también, tanto en niños como en niñas. También hemos estudiado a más a más, en realidad, por la factibilidad de las intervenciones, lo hemos estudiado por desigualdades territoriales. ¿Qué ocurre aquí? Esto es obesidad en conjunto en 0-5 años. También se ve, como en el resto, que hay diferencias, tanto en zonas rurales como en zonas urbanas. Y lo que se ve es que algunas zonas básicas, tanto rurales como urbanas, por ejemplo, Buztintxuri, Huarte, Segundo Ensanche, Irurtzun, Etxarri-Aranatz, Sarriguren, Sangüesa – Salazar – Isaba, que como tienen tan poca población infantil se estudian agrupadas (Sangüesa – Salazar – Isaba, que son zonas pirenaicas y prepirenaicas con poca infancia) y también Zizur – Echavacoiz o Puente La Reina cumplen el porcentaje ideal que plantea la OMS. No es un logro inalcanzable el que lleguemos a que todo Navarra pudiera tener tasas de obesidad recomendadas por la OMS. Todas esas zonas que he citado, tanto rurales como urbanas, cumplen esa propuesta ideal de la OMS. Sin embargo, hay otras que no; algunas duplican el porcentaje, como Doneztebe, Leitza, Lesaka, Alsasua, Carcastillo y Corella, como ven están repartidas por toda la geografía navarra; y

también dentro de Pamplona, algunas zonas triplican el porcentaje, como Milagrosa, Azpilagaña, Rochapea o La Chantrea. Y lo mismo que digo, es importante estudiar más este fenómeno, el fenómeno de la obesidad infantil, para poder intervenir mejor.

Hecho este recorrido... ¿Cuánto tiempo llevo? ¿Me he pasado mucho? He hecho este recorrido que, como ven, he intentado que sea sintético, aunque no sé si he conseguido que en todos los casos sea claro porque, la verdad, es que son muchas cifras, pero sí que quería plantearles conclusiones. En este tema, como ven, respecto a la media Navarra, que es la línea vertical (como antes en la esperanza de vida), hay mucha más desagregación. No es como en la esperanza de vida por zonas, hay más desagregación. Algunas cumplen la tasa que se plantea por la OMS y otras no.

Quería hacer algunas conclusiones de lo que hemos estudiado hasta ahora. Una es que, como han visto, las desigualdades en salud en Navarra, al igual que en otras comunidades autónomas y países, se encuentran en todos los ejes de desigualdad estudiados que ha citado el Consejero: geográficos, socioeconómicos y de género. Aquí quería decirles que es muy difícil hacer estudios por etnia porque es muy complejo. Por ejemplo, con la población gitana no podríamos trabajar porque no está..., algunas legislaciones impiden que se recoja la etnia, y tampoco está bien recogido los hijos de familias inmigrantes, migrantes, por ejemplo, pero que ya han nacido aquí. Entonces, ese tema es complejo, muy complejo. Los tres ejes que ha citado el Consejero –el género, el geográfico y el socioeconómico– se encuentran en todos los indicadores estudiados. Las desigualdades en salud allá donde las estudias verdaderamente se encuentran, hay que ver su dimensión. En todos los que hemos hablado: esperanza de vida, mortalidad, morbilidad, salud percibida, estilos de vida y obesidad infantil.

La segunda conclusión que nosotros sacamos es que estos estudios, los resultados de estos estudios, refuerzan el planteamiento, tanto del Plan de Salud de Navarra como el Plan de acción del Departamento de Salud, a los que aludía el Consejero; cuyo primer eje, el primero del Plan de acción del Departamento de Salud, es justamente «Promover la salud de la Comunidad y reducir las desigualdades en salud». Tengo que decir aquí, y sin barrer para mi casa, que estos temas de salud no se abordan desde los hospitales, como bien ven. A veces le damos mucha importancia, y por supuesto que la tiene, a la asistencia sanitaria y mucha importancia a lo hospitalario y hay temas de salud que..., por eso digo que igual barro para casa, pero aun así lo digo.

La tercera conclusión es que dentro de este eje, el primer objetivo que pone en el Plan de acción es la importancia de la salud en todas las políticas, que es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud desde hace más de un decenio. Aunque Navarra sea una sociedad razonablemente equitativa, como hemos visto, por ejemplo, en los indicadores de esperanza de vida. Hemos visto que es razonablemente equitativa y si medimos desigualdades en relación con otros países europeos o con otras comunidades autónomas, desde luego, nuestros resultados son mejores, pero eso no quiere decir que no sean importantes. Visto que existen importantes desigualdades en salud relacionadas con el nivel de renta y el nivel educativo, algunas medidas que son de otras políticas, como la Renta garantizada o la disminución de las ratios del alumnado en las aulas navarras, tienen una clarísima repercusión

positiva en salud y esto está muy estudiado, desde Marmot hasta la OMS, la ONU y todas las instancias europeas y mundiales que investigan este tema.

Y, por fin, nuestra última conclusión es que es necesario seguir profundizando e investigando en determinantes sociales y que también es importante, fundamental, incluir objetivos de reducción de las desigualdades en todos los programas de salud globales, de todo Navarra, de zonas de salud, de Ayuntamientos, etcétera, de todos los agentes de salud en nuestra Comunidad autónoma. Y respecto a la investigación, estos son los estudios que se está planteando el Observatorio para este año 2017 y 2018, para profundizar en este tema. Uno es, precisamente, porque nos preocupa mucho las causas de las diferencias geográficas y socioeconómicas del sobrepeso y obesidad en la población infantil de Navarra. Otro es el tema del consumo de alcohol y tabaco en jóvenes de catorce a dieciocho porque son el futuro, estos jóvenes son el futuro, y... aparte de las causas de enfermedad y de las causas de muerte, tienen su origen en el tabaco. Y este tema, no me canso de repetirlo, sobre todo en las chicas, en las mujeres, es importante. Se va a analizar cualitativamente los contextos de iniciación, cómo se inician por el lugar de residencia, porque hay diferencias urbano-rural y de género. El tercero tiene que ver con el envejecimiento activo, que es otro tema que nos preocupa, es la valoración del grado de desarrollo del potencial de Navarra para que envejezcamos de manera activa y saludable. El Índice de Envejecimiento Activo. Varios de estos estudios se desarrollan en colaboración con otras instancias. Este, por ejemplo, con el Instituto de Estadística de Navarra. Luego también, la nueva encuesta que está planteando el Instituto de Estadística sobre condiciones de vida de Navarra, la vamos a analizar nosotros por género y por todas las variables socioeconómicas que no se hacía hasta ahora. Y luego también vamos a seguir participando en el estudio MEDEA, en el de unidades censales pequeñas, en la tercera edición, que se dejó de participar. Se va a participar ahora que se inicia en 2017 la tercera edición que pretende estudiar pequeñas, eso es Pamplona, son ciudades, el MEDEA.

Pues hasta aquí lo que yo quería comentarles. Muchísimas gracias. Eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Eskerrik asko zuri. Voy a dar la palabra a Geroa Bai porque ha sido solicitada la comparecencia por Geroa Bai, Euskal Herria Bildu Nafarroa, Podemos-Ahal Dugu e Izquierda-Ezkerra. Tiene para ello la palabra el señor Martínez por un espacio de diez minutos.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Eskerrik asko, presidente andrea, eta ongi etorri Departamentutik etorri zaretan lau langileei, Sailburua, horien artean sartuta.

*[Gracias, señora Presidenta, y bienvenidos a los cuatro trabajadores que han venido del Departamento, incluido el Consejero.]*

Yo tengo que decir que, la verdad, he estado muy a gusto escuchando esta comparecencia porque creo que es de esto de lo que deberíamos estar hablando fundamentalmente cuando estamos hablando de atención a la salud, de promoción de la salud, etcétera. Y creo que es fundamental recoger todos estos datos de determinantes sociales de la salud y de la enfermedad porque la recolección de estos datos nos permite realmente promover una atención primaria de calidad, una atención primaria que afronte y se enfrente a los auténticos problemas de salud, que seguramente no son los que hacen titulares en los medios de

comunicación, pero que son los realmente importantes, los que determinan que a la larga, la salud de la ciudadanía vaya empeorando y, sí, acabemos teniendo problemas que aparecen en los titulares, titulares —insisto— de medios de comunicación, que generalmente suelen estar mucho más relacionados con los hospitales que mencionaba la señora Pérez Jarauta que con lo que son los auténticos problemas de salud.

En fin, como ya ha hablado usted, iba a hablar del tema de salud en todas las políticas. Yo creo que es una preocupación de este Gobierno clara, un objetivo claro asumido por el Gobierno del cambio, que creó ya la Comisión Interdepartamental de Salud y que, por lo tanto, de alguna manera ha empezado a trabajar y profundizar en esta área.

Estoy de acuerdo con lo que decía usted de reducir las desigualdades en salud. Lo que pasa es que tengo la sensación de que hay algunas desigualdades que, lógicamente, nunca van a desaparecer porque no solo se deben a factores externos y a factores constitucionales de las personas. Y por lo que, estando de acuerdo con el objetivo de reducir las desigualdades en salud, creo que tendríamos que avanzar, intentar catalogar desigualdades justas y desigualdades injustas en salud. Y, desde luego, el objetivo de la acción del Gobierno debería ser eliminar totalmente las desigualdades injustas e intentar disminuir las desigualdades justas o las desigualdades no eliminables en la medida en que tienen que ver con la edad, con el género, con los genes recibidos, etcétera.

Otra de las cosas que quería decir es siempre tanto los ciudadanos y ciudadanas como los representantes políticos de estos hablamos siempre mucho de que hay que invertir más en salud, tema con el que yo estoy totalmente de acuerdo, afirmación con la que estoy totalmente de acuerdo, pero no se trata de invertir más en salud, sino de intentar una utilización óptima de recursos. Tendríamos que hacer una reflexión también, aunque yo creo que hay estudios, fundamentalmente canadienses, pero se podría intentar hacer un estudio en Navarra sobre qué inversión es la más eficiente en salud, es decir, hacemos una mejor inversión en salud cuando aprobamos una Ley de Renta Garantizada o hacemos una mejor inversión en salud cuando compramos determinados aparatos para qué sé yo, para tratar cánceres; cuánto invertimos en modificar los estilos de vida de la población, por ejemplo, en el de dejar de fumar o , en fin, en poner, no sé, ceniceros en las puertas de los edificios públicos. Y creo que este es otro de los temas importantes porque me da la sensación de que la mejor, la óptima inversión de los recursos en salud es seguramente la que no está relacionada con la atención sanitaria. Siento decirlo, señor Consejero, pero es una sensación que tengo y sería bueno poder objetivar esto.

Me ha llamado mucho, me ha resultado curioso por lo menos, la diapositiva que ha presentado usted respecto a la autopercepción de salud, es decir, que cuanto peor nivel socioeconómico, peor autopercepción de salud porque no sé... Yo recuerdo, hay un trabajo que a mí me gustó mucho cuando lo leí de Amartya Sen en el que cuando comparaba la autopercepción de salud del ciudadano medio americano, del ciudadano medio de la India y del ciudadano medio de Kerala. La autopercepción del nivel de salud del ciudadano medio americano era muchísimo peor, muchísimo peor —aunque eran..., evidentemente, tienen mayores niveles de salud, viven más, tienen...— que la del ciudadano medio indio y, desde luego, muchísimo peor que la del ciudadano medio de Kerala, donde quiero recordar que hay

un gobierno comunista, un gobierno autónomo comunista, pero en fin... Me ha llamado mucho la atención porque el dato, en fin, lo que sale, lo que expresaba esa diapositiva, desde luego, entra en contradicción con este estudio de Amartya Sen, pero, bueno, razones habrá.

Creo que es fundamental que desde el Parlamento apoyemos el cambio de mentalidad, apoyemos un cambio de mentalidad en la sociedad respecto a qué es lo importante en la salud. Y tengo la sensación de que no estamos aprobando ese examen, en la medida en que nosotros mismos, Parlamentarias y Parlamentarios, seguimos imbuidos de esa concepción hospitalocéntrica y muy tecnologicada de lo que es la atención a la salud. Y que debiéramos hacer un esfuerzo muy importante y creo que la presentación que han hecho ustedes hoy va por ese camino, de la importancia de los determinantes sociales y del objetivo político de modificar esos determinantes sociales y, por tanto, modificar también y mejorar los niveles de salud de nuestra población.

Creo que... bueno, debo acabar agradeciendo la comparecencia, agradeciendo los datos, animándoles a seguir profundizando en este camino y que seamos capaces de invertir en determinantes sociales y que, dentro de un par de años o tres, podamos ser capaces de decir que el nivel de salud de la población ha cambiado gracias, precisamente, al trabajo hecho en relación con estos determinantes. Eskerrik asko eta segi aurrera.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrustegui Marturet): Eskerrik asko zuri. Tiene la palabra ahora la señora Ruiz por parte de Euskal Herria Bildu Nafarroa.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, presidente andrea. Egun on guztioi eta ongi etorri, Kontseilari jauna, Pérez Jarauta andrea eta gainerako lankideak.

*[Muchas gracias, señora Presidenta. Buenos días a todos, y bienvenidos, señor Consejero, señora Pérez Jarauta y demás colegas.]*

Ni ere benetan oso gustura gelditu naiz agerraldiarekin, oso-oso interesgarria iruditu zait. Abenduan izan genuen lehenengo saioa, eta hor lehen azalpena jaso genuen. Baina datu zehatzak mahai gainean jartzeak, eta horiek guztiak epe laburrean, epe ertainean eta epe luzean, bereziki, eman ahal dituen aukera guztiak pixka bat bisualizatzeak, nire ustez, markatzen duela beste puntu bat.

*[Yo la verdad es que me he quedado también muy a gusto con la comparecencia, me ha parecido muy muy interesante. La primera sesión fue en diciembre, donde se nos hizo una primera presentación. Pero la exposición de datos concretos y la posibilidad de visualizar un poco todas las posibilidades que pueden ofrecer a corto, medio y largo plazo, en mi opinión, marca una diferencia.]*

Aurrekoan ere esan genuen, oso tresna interesgarria iruditzen zitzaigula, tresna baliagarria. Europan –eta jarri dituzue adibide batzuk– eta munduko beste hainbat herrialdetan dagoeneko, halako azterketak, halako ikerketak ere egin dira; eta gaurkoan, bada, adibide praktikoen ere ikusi dugu, nola datu isolatu horietatik, datu horiek gurutzatuz, datu horiek harremanetan jarriz, ondorio interesgarriak atera daitezkeela.

*[Tal y como dijimos la vez anterior, nos parece una herramienta muy interesante, una herramienta muy útil. En Europa –y ya han puesto algunos ejemplos– y en muchos otros países del mundo ya han hecho ese tipo de análisis, se han hecho ya ese tipo de análisis. Y en esta ocasión, y lo hemos visto también con los ejemplos prácticos, a partir de esos datos aislados, contrastando y relacionando esos datos, se pueden extraer conclusiones interesantes.]*

Eta nire ustez, etorkizunera begira, bereziki interesgarria izango dena da aukera horiek baliatzea, tokiko politikak, tokiko entitateekin, tokiko eragileekin batera, ez bakarrik Departamentu edo ez bakarrik Gobernuaren aldetik, baizik eta toki bakoitzean, toki Osasun Kontseiluen bidez, eta benetan politika eraginkorrak egiteko moduak aurkitzea.

*[Y lo que será realmente interesante de cara al futuro, en mi opinión, será poder utilizar esas posibilidades, esas políticas locales con las entidades locales, junto con los agentes locales, y no solo por parte de los distintos Departamentos o por parte del Gobierno; sino utilizarlas en cada lugar, mediante los Consejos de Salud locales, y mediante la búsqueda de formas para la realización de políticas realmente efectivas.]*

Azken batean, Gobernuari dagokionez, Gobernu osoaren jarduera bideratzeko. Aipatzen genuenean, eta akordio programatikotik dator, eta gainera, lanean ari zarete horretan, departamentu arteko batzorde horretan, eta osasungintza politika guztietatik egiten dela, nire ustez, gaurkoan, zantzu batzuk edo adibide garbi batzuk izan ditugu.

*[Al fin y al cabo, en lo que respecta al Gobierno, se trata de dirigir la actividad de todo el Gobierno. Cuando decíamos –y está reflejado en el acuerdo programático, y además, están trabajando en ello, en la Comisión Interdepartamental– que la sanidad se hace a través de todas las políticas, en mi opinión, en esta ocasión, se nos han mostrado unas pistas o unos ejemplos claros al respecto.]*

Eman dituzuen datuak eta ondorioak, eta aipatzen zenuten amaieran, nire ustez, adierazten dute oro har, gutxienez, beste herrialde batzuekin konparatuta, edo beste eskualde batzuekin konparatuta, Nafarroan ekitatea nolabaitekoa badela, ez dagoela halako desberdintasun itzelik. Baina, era berean, oso kontuan hartzeko datuak ere badaude.

*[Los datos y los resultados que han dado, tal y como han mencionado al final, en mi opinión, reflejan, en general, por lo menos, que en comparación con otros países u otras regiones, en Navarra existe una cierta equidad, no hay una desigualdad enorme. Pero al mismo tiempo, se han reflejado también datos que hay que tener muy en cuenta.]*

Aipatu dituzuen adierazleak bereziki ekonomikoak dira: klase soziala, errenta, diru-sarrerak, ikasketa-mailak ere bai... Segur aski beste faktore batzuk ere badira; nik igual ingurugiroari lotuta, bururatzen zaizkit: uraren kalitatea, airearen kalitatea, zarata.... Urbanistikoki ere, tokia bertan dauden baliabideak, polikiroldegiak, igerilekuak, kirola egiteko aukera, paisaiak ematen dituen aukerak ibiltzeko, paseatzeko, korrika egiteko ala ez, tokian bertan. Nire ustez, horiek guztiek ere argazki osoagoa emango digute, aurrerantzean.

*[Los indicadores que han mencionado se refieren concretamente a la renta, son indicadores económicos: la clase social, la renta, los ingresos, los niveles de estudios...]*

*Seguramente existen también otros factores; se me ocurren quizás los relacionados con el medio ambiente: la calidad del agua, la calidad del aire, el ruido... A nivel urbanístico también habría que tener en cuenta los recursos de cada lugar a nivel local: los polideportivos, las piscinas, la posibilidad de hacer deporte, las posibilidades que ofrece o no el paisaje para caminar, pasear, correr en el propio lugar. En mi opinión, todos esos factores nos darán también una imagen más completa en adelante.]*

Eta, azkenean, aipatzen zenuten moduan, nire ustez, iristen garenean argazki hori izatera, azkenean politika publikoak ere askoz ere eraginkorragoak izan daitezke, baliabideak lehenesteko, zeren ekitatea ez da berdintasuna. Denontzako kafeak, segur aski, ez du balio. Toki bakoitzean, segur aski, indar berezia egin beharko da, politika konkretu batzuetan, beste batzuetan baino gehiago, eta hori da benetako ekitatea. Eskualde bakoitzean, toki bakoitzean, jendartearen osasun-egoera hobetzea baldin badugu helburu, osasun-egoera hori hobetzeko behar diren baliabide konkretuak eta neurri konkretuak ezarri behar dira.

*[Y, finalmente, tal y como decían, en mi opinión, cuando llegemos a tener esa imagen, las políticas públicas al final serán también mucho más eficaces, y se priorizarán los recursos, porque la equidad no es la igualdad. El café para todos, seguramente, no vale. En cada lugar seguramente habrá ámbitos o ciertas políticas que necesitarán más refuerzos que otros, y de eso trata realmente la equidad. Si el objetivo es mejorar el estado de la salud de la sociedad en cada región, en cada lugar, se deben establecer los recursos y las medidas concretas que se requieren para mejorar ese estado de salud.]*

Osasungintza politika publiko guztietan egiten dela garbi dago, eta egia da ez dela ospitaleetan bakarrik egiten, ez dela Osasun Departamentuetan bakarrik egiten. Eta ea ohartzen garen Gobernuan, nire ustez, oro har, ikusten dela, baina hemen gauden guztiok ere, eta jendarteak ere ikusi behar du, hori da, erabaki urbanistikoak hartzen direnean, askotan, horiek osasunean eragin zuzena dutela. Ingurugiroari dagozkion erabakiak hartzen direnean eragin zuzena daukatela, erraustegiak jarri, ez jarri, esate baterako; etxebizitza-politikan, etxebizitza-lege bat egiten dugunean, horrek ere jendartearen osasun-egoeran eragin zuzena duela; baita hezkuntzan ere, ratioak jaisten direnean, igotzen direnean, errefortzuak jartzen direnean, ikasleen behar bereziak aintzat hartzen direnean edo ez osasunean ari gara eragiten; horrek guztiak du eragina.

*[Está claro que las políticas sanitarias se aplican en todas las políticas, y es cierto esas políticas no se hacen solo en los hospitales, no se hacen solo en los Departamentos de Salud. Y a ver si somos conscientes en el Gobierno, que en mi opinión, ya se es, pero es algo que debemos ver también todos los que estamos aquí, y toda la sociedad, es decir, que cuando se toman decisiones urbanísticas, muchas veces son unas decisiones que afectan directamente a la salud. Ser conscientes de que cuando se toman decisiones correspondientes al medio ambiente afectan directamente a esas políticas, como por ejemplo la posibilidad de poner o no las incineradoras; que cuando hacemos una ley de vivienda en las políticas de vivienda afecta directamente al estado de salud de la sociedad; también en el ámbito educativo, que cuando los ratios bajan o suben, cuando se establecen refuerzos, cuando se toman en cuenta o no las necesidades especiales del alumnado estamos influyendo también en la salud; todo eso afecta.]*

Nire ustez, gure esku daude kontu batzuk, aurreko agerraldian ere esan dut, dena ez dago gure esku. Gaur Martínez jaunak ere aipatu du, badirela desberdintasun bidezko batzuk, edo bidegabeko batzuk, baina badira era berean, desberdintasun bidegabeen artean, seguru aski jendartearen osasun-egoeran eragin berezia duten neurrien artean, badira batzuk, esate baterako, Nafarroan gure esku ez ditugunak, ari naiz lan-erreformaz, esate baterako, horrek dakarren desenplegu-tasarekin, edo horrek dakarren lan-baldintzen okertzearekin, prekaritatearekin, ebentualitatearekin; edo TTIP, esate baterako, edo hortik erator daitezkeen politikak, bai elikagaien kalitateari dagokionez, produkzio-ereduari dagokionez; horrek guztiak osasun-egoeran eragina du. Baina nire ustez, gure esku baditugu hainbat neurri, ez bakarrik Osasun Departamentuan, aipatu duzun moduan, eta horiek aintzat hartzera eta horiek bideratzera jo behar dugu.

*[En mi opinión, hay algunas cosas que están en nuestras manos, lo he dicho también en la comparecencia anterior; pero no todo. Lo ha dicho hoy también el señor Martínez, que existen una serie de desigualdades justas e injustas; pero al mismo tiempo, entre las desigualdades injustas, seguramente entre las medidas que afectan especialmente al estado de salud de la sociedad, existen otras desigualdades que en Navarra, por ejemplo, no estarían en nuestras manos poder corregirlas, y me refiero a la reforma laboral, con la tasa de desempleo que conlleva, o con la consecuente precarización de las condiciones laborales y con la eventualidad; o al TTIP o a las políticas que se pueden derivar de ese acuerdo, tanto en lo que respecta a la calidad de los alimentos, como al modelo de producción; todo eso afecta al estado de salud. Pero en mi opinión, ya disponemos de diversas medidas, no solo en el Departamento de Salud, como ha dicho, y deberíamos tenerlas en cuenta y aplicarlas.]*

Eta, amaitzeko, galdetu nahiko nizuke, aipatu dituzun ondorioekin ados gaude, ikerketa-lanean sakontzeko aipatu dituzuen lehentasun horiekin. Baina, noski, hau lehenengo urratsa da, eta prozesu baten baitan, oso garbi dugu, hasi besterik ez dela egin kontu hau. Baina noizko kalkula daiteke, edo aurreikusi duzue, noizko izan dezakegu eskualdeetako, auzoetako, herrietako argazkiak? Esate baterako, ni Arrotxapeakoa naiz, Arrotxapea ikusi dut hainbat mapatan, orduan, noizko jakin dezakegu..., edo Lizarran, edo Iruña osoan, edo Carcastillon, ez? Noizko izan dezakegu horrelako argazkia, datu hauek guztiak eta hemen ez dauden beste asko gurutzatuta, benetan toki bakoitzean Osasun Kontseiluen bidez, Udaletan, tokiko eragileekin lan egiteko? Nire ustez, hori da azkeneko helburua, garbi dago, baina zer aurreikuspen egiten duzue?

*[Y para finalizar, quisiera preguntarle, decirle que estamos de acuerdo con los resultados que ha mostrado, con las prioridades que han mencionado para seguir profundizando en el trabajo de investigación. Pero claro, eso es solo el primer paso, y está dentro de un proceso, y tenemos muy claro que esta cuestión no ha hecho más que empezar. ¿Pero para cuándo se puede calcular o han previsto que podremos tener la fotografía de las regiones, de los barrios, de los municipios? Por ejemplo, yo soy de la Rochapea; he visto la Rochapea en diversos mapas, entonces, ¿para cuándo podremos saber..., o en Estella, o en toda Pamplona, o en Carcastillo? ¿Cuándo podremos disponer en una fotografía así, con todos estos datos y otros muchos que no están aquí contrastados, para poder trabajar realmente en cada lugar mediante los Consejos de Salud en los Ayuntamientos y*

*con los agentes locales? En mi opinión, ese es el objetivo principal, está claro, ¿pero cuál es su previsión?]*

Eta benetan berrero ere zoriondu nahi zaituztet egiten ari zareten lanarengatik, eta aurrera jarraitzeko animatzen zaituztet. Mila esker.

*[Y de nuevo les quiero felicitar de verdad por el trabajo que están haciendo, y les animo a que sigan adelante. Muchas gracias.]*

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Eskerrik asko. Tiene la palabra ahora la señora Sáez por parte de Podemos-Ahal Dugu.

SRA. SÁEZ BARRAO: Eskerrik asko, señora Presidenta. Muchas gracias, señor Consejero y señora María José Pérez Jarauta y resto del equipo que les acompaña. Y lo digo de verdad. Benetan, benetan. Muchísimas gracias. Muchísimas gracias porque es reconfortante escuchar exposiciones donde se plantean miradas integrales, donde se tienen en cuenta –como ustedes han explicado muy bien– diferentes indicadores, formas diferentes de actuar, el impacto –de qué manera, según la edad, según el sexo, según donde se vive, etcétera–, todo lo que han explicado. Y si bien es cierto que toda la sociedad va avanzando en este camino, resulta muy importante e interesante que toda esta mirada esté incorporada en las personas y entidades – en este caso donde trabajan ustedes y desde el Departamento de Salud. Es fundamental si queremos actuar bien porque desgraciadamente muchas veces se han hecho muchas actuaciones muy generalistas que, como no desmenuzan y no concretan, sirven para una parte de la población, pero no para otra. Entonces, en ese sentido es muy importante el que lo planteen así. También le voy a decir que ha sido muy reconfortante personalmente darse cuenta de que estamos viviendo en un sitio donde la esperanza de vida es buena, y además como mujer un poco más y como vivo en Villalba más, porque también lo pone muy bien... Da alegría ver que, a pesar de todo, estamos en un sitio bien.

Efectivamente, usted ha dicho... Y quería resaltar, por un lado, la importancia del Observatorio porque quizás, a veces, ante este tipo de cuestiones... ¿Para qué se ponen? ¿Para qué se montan? Para Podemos-Ahal Dugu es clarísima la importancia de un Observatorio como este. Lo hemos dicho también en más temas y creemos que hay mucha más resistencia y hay que montarlos, como el Observatorio de Igualdad. Es fundamental para que transversalice más cuestiones, pero es evidente. ¿Por qué? Porque es necesario. Porque para actuar necesitamos conocer y para conocer es fundamental lo que ustedes han hecho, es decir, esos indicadores específicos, como les decía antes, y cómo realmente estamos impactando en mujeres, en hombres, en las edades, en los barrios y tal. Todo influye en la salud. Es cierto. Realmente es una mirada donde además no solo influye todo, sino que unas cuestiones están entrelazadas con otras. No es casualidad. Y el territorio influye, pero a veces dónde se vive no está para nada fuera de tener en cuenta qué trabajo tengo o cuál no, porque probablemente si gano seiscientos euros, en estos momentos es muy difícil que pueda vivir en el espacio central de Pamplona, por poner un ejemplo, por el tema de lo que me costaría. Con lo cual, es evidente que todo tiene una relación, aunque algunas cuestiones pesan más que otras. Por eso, a la hora de abordar hay que plantearse medidas más globales y más transversales. Antes se preguntaba: ¿qué es más importante? ¿Una cosa u otra? No, todo es igualmente importante. Hay unas medidas que van por un lado y otras específicas y muy concretas, pero que también

son importantes. Le queremos comentar lo que ha dicho: el avanzar en desmenuzar mucho más las zonas básicas, porque al juntar zonas o espacios de vida donde hay esas diferencias reales, por la composición que existe, efectivamente no nos dará los resultados adecuados.

Sobre la idea que ha explicado de la actuación transversal, estamos completamente de acuerdo –ya lo he dicho antes–, porque lo generalista no nos sirve a la hora de trabajar. Es muy importante desmenuzar. Y estamos totalmente de acuerdo en medidas como la renta básica que permiten una mejor calidad de vida de salud. Es evidente. Si no existe, hay personas que no podrían acceder ni a los mínimos de salud. Fíjese también en otro aspecto, –aunque no influya de la misma manera–, en algún dato que usted ha dado sobre algunas enfermedades más crónicas, etcétera. Cuando los entrelazamos con las rentas, rentas de más de dieciocho mil euros o menos de dieciocho mil euros, aquí le queremos resaltar el tema del copago, porque efectivamente también influye en que las personas tengan o no menos salud, si quien la necesita puede acceder o no de la misma manera a esa medicación –en este caso hablamos de otro tipo de cuestiones, no de aquellas que tienen que ver con ejercicios de vida saludable.

También estamos completamente de acuerdo en que en educación las ratios tienen mucha importancia y que, por lo tanto, el profesorado pueda tener una cierta calidad para trabajar bien y ayuda en la salud. Pero sobre esto queríamos comentarles también una experiencia en la que desde Podemos-Ahal Dugu estamos insistiendo mucho, que ya la están haciendo desde el Ayuntamiento de Pamplona, y creemos que merece mucho la pena, que es el tema de los comedores escolares. ¿Por qué? Porque los comedores escolares entran dentro del concepto de educación y se está haciendo la experiencia de aprender a comer sano. Primero, garantizar que se come, primera cuestión, y que se come sano y además que se educa, porque se está haciendo con un criterio de sostenibilidad, etcétera. Entonces sí que nos parece que no podemos dejarlo fuera de todo este planteamiento. Lo mismo que no podemos dejar fuera de todo este planteamiento, como usted ya ha dicho, todas las políticas de protección infantil de derechos humanos, porque tienen mucho que ver con el concepto de la salud. Me refiero a abusos, violencias, etcétera.

No podemos transformar las leyes –no estamos ni en el Congreso ni en el Senado–, pero sí podemos incidir y podemos hacer mucho trabajo para que las personas entendamos que nuestras condiciones laborales tienen que ser con unos mínimos y que no todo está permitido. Se supone que la esclavitud se acabó hace años y, por lo tanto, el trabajo además de bien pagado, debe hacerse en unas condiciones laborales, no como lo que estamos viendo estos días de cada vez, otra vez, más accidentes, etcétera. Es decir, todo está influyendo.

Y también es importante, y lo ha dicho en varios ejemplos –a veces hay mucha inconsciencia todavía–, cómo influye todo el tema de los estereotipos a la hora de cómo vivimos la salud y de cómo nos comportamos, porque no es casualidad cuando usted dice que hay hombres –sobre todo en el tramo donde ha habido quizás menos posibilidades de formación en algunas cuestiones– que cumplen más la regla de la masculinidad estricta, de ese hombre que tiene que ser arriesgado, valiente, que coge el coche y lo pone a mil por hora, que además bebe y fuma, porque demuestra más masculinidad. Es decir, comportamientos de riesgo, comportamientos de riesgo que es verdad que están cambiando mucho también, pero que

tienen que ver con todo un análisis de cómo trabajar eso. Es decir, no tiene sentido, es un poco absurdo, pero hay que incluirlo a la hora de la educación.

Lo mismo que hay que incluir, efectivamente, el tema de los cuidados. Es un tema que no nos cansaremos de repetir. Entender qué es cuidarnos personalmente, cuidar a las demás personas y cuidar el entorno en el que nos movemos nos ayuda a una calidad de vida en materia de salud fundamental y a veces no le damos la importancia suficiente. Por un lado, reconocerlos, introducirlos en la educación, en todos los aspectos, desde criaturas hasta personas adultas, y desde luego hablar de la corresponsabilidad continua en el cuidado: en el mío, en el de las personas con las que vivo y, desde luego, en el mundo en el que me estoy moviendo, sea cual sea el entorno.

Otra cuestión que han explicado y que ha quedado muy clara es cómo efectivamente las políticas de prevención, desde nuestro punto de vista –y no queremos decir que no haya que tener en cuenta todo el tema hospitalario, no es eso y usted también lo ha dicho–, tienen que ver con una mayor dedicación y esfuerzo a la atención primaria porque evidentemente lo cercano es lo que nos permite... Por lo tanto, mucho más trabajo en la atención primaria de esta idea de la educación hacia la salud, que permita todos estos programas concretos –algunos ya existen. Y habría que enseñar criterios de cómo comer, de ejercicio físico... además de favorecer que haya espacios para hacer ejercicio físico. Pero también programas generales donde las personas pacientes podamos ser partícipes de todo eso y digamos: yo quiero cuidarme, quiero ser activa con mi vida, con mi cuerpo y sentirme así. Y eso sencillamente también se aprende. Hay que poner los recursos, es verdad, –porque nos lo han enseñado muy bien– hay grandes diferencias y lo que hay que hacer es propiciar que las diferencias vayan desapareciendo para que podamos hacernos sujetas activas.

Sí nos ha preocupado mucho, y tampoco es banal, el tema de la diabetes, sobre todo en niños y niñas, porque crece. Y ahí sí que queríamos volver a incidir en lo que usted ha dicho, pero también le decimos todo el trabajo de comedores escolares y de la educación de qué podemos comer, etcétera, porque el sobrepeso no es casualidad y está relacionado –también es verdad– con la renta, con dónde se vive, etcétera. Por lo tanto, hay que ir tomando medidas más generalistas también.

Queremos decirles que, en sus conclusiones, estamos totalmente de acuerdo con la idea que plantean de investigación y profundización que ha señalado, y con el objetivo de incidir en aquellas desigualdades y trabajar en esa línea, desde esa mirada transversal de la que estamos hablando todo el rato, donde esté bien incorporado todo. Y desde luego en las desigualdades en las que no podemos incidir, en la medida en que no es tan fácil incidir, que se pueda hacer vivir mejor. Y, por último, quiero decirles que en Podemos-Ahal Dugu creemos que hay que analizar los recursos, claro que sí, y que hay que aumentarlos, pero también la inversión en salud siempre hay que tenerla en cuenta también para acercarnos a lo que dice la Organización Mundial de la Salud. Y nada más. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tiene la palabra la señora De Simón por parte de Izquierda-Ezkerra.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señora Presidenta. Gracias y bienvenidos. Buenos días al señor Domínguez, a la señora Pérez Jarauta y a las personas de su equipo que le acompañan. Y gracias también por la información y por la documentación que nos han dado.

Yo tengo pocas cosas que decir, pero las voy a decir también. Yo creo que, en primer lugar – usted lo ha dicho, señora Pérez Jarauta–, los datos reflejan una sociedad navarra con unos niveles de salud bastante equitativos, es decir, reflejan una foto con una equidad en salud importante, aceptable. Ese más-menos dos años es poco significativo, y mucho menos significativo en aquellas zonas de salud o en aquellas zonas geográficas donde la población es muy reducida. Quiero decir que esa variable no se ha tenido en cuenta –a lo mejor sí la tiene en cuenta, pero ha hecho un resumen–, por ejemplo, en Isaba los datos... Esa desviación que hay es una desviación que también habría que considerar por qué se da desde el punto de vista estadístico. No es lo mismo unos datos en una población de cien mil habitantes que en una población de 436. Lo digo por poner un ejemplo. Pero, en todo caso, eso está claro.

Y luego lo que está claro también es que la situación socioeconómica de las personas supone menos oportunidades de tener buena salud y menos oportunidades de esperanza de vida. Esto es algo que ya sabíamos y, de hecho, el propio plan de salud al que hacen referencia en las conclusiones, en la propia introducción ya incluye, ya introduce, este tipo de consideraciones. Por lo tanto, eso es evidente. A menos estudios, a menos ingresos, a menos calidad de empleo, a peores condiciones de vida... una salud peor, por decirlo de alguna manera. Eso es impepinable.

Aquí la cuestión está en qué hacer. Yo creo que es evidente que se pueden tomar medidas de compensación positiva desde el ámbito de la salud. Eso es evidente, sobre todo desde la atención primaria. Y esas medidas pasan por todo lo que tiene que ver con el autocuidado, pasan por todo lo que tiene que ver con los hábitos de vida saludable y pasan por, como decía, hacer discriminación positiva en esos núcleos de población que se ha detectado que tienen menos calidad de salud. Yo creo que eso es evidente.

Pero hay otro tipo de cuestiones que sobrepasan al ámbito sanitario. Esto ya se ha dicho. Y, de hecho, también en el Plan de Salud se contempla la salud en todas las políticas. Entonces, yo insisto, ahí está la reforma laboral que precariza el empleo; ahí están las medidas para la sostenibilidad del sistema público de salud del Partido Popular, del Gobierno pasado, de la legislatura pasada, que se siguen manteniendo este año; ahí está el copago; ahí está la limitación del acceso a la salud de determinados núcleos de la población, que desde Navarra se están compensando... Quiero decir que hay que actuar desde ahí, porque la principal conclusión de este estudio y de otros es esa: que la situación socioeconómica influye en las condiciones de salud de las personas. Eso es lo que hay que cambiar. Eso es lo que hay que cambiar y de raíz, esa situación socioeconómica. Nosotros creemos que hay que actuar sobre esas políticas y modificar el modelo económico y social que hay en estos momentos para avanzar en un modelo socioeconómico mucho más justo.

Sobre esto quiero añadir que ya el propio Plan de Salud 2015-2020 establece tanto en sus principios, como en los objetivos, como en las estrategias, como en los instrumentos, elementos claros en relación con la promoción y la prevención de la salud, y la reducción de desigualdades. Por lo tanto, yo creo que lo que corresponde también es que el Departamento

de Salud aborde el desarrollo de este Plan de Salud y, sobre todo también, que aborde la evaluación del mismo, o sea, hasta qué punto las medidas que se han definido para incidir en estas desigualdades en salud –no se va a hacer ahora, en el plazo que sea– han influido positivamente en la reducción de las mismas.

Y una curiosidad, y termino. Me ha llamado la atención que las mujeres tenemos más esperanza de vida y, sin embargo, tenemos una percepción de que tenemos peor salud. ¿Esto quiere decir que las mujeres vivimos más años, pero tenemos unas condiciones de salud peores? Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Voy a dar paso ahora a la señora Chivite por parte del PSN, porque la señora Ganuza le ha cedido el turno de palabra.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: Gracias, Presidenta. Gracias también a la portavoz de UPN. Tengo ahora otra Comisión y no quería dejar de intervenir. Yo no sé si por deformación profesional –yo antes me dedicaba a hacer estudios, no de salud, pero sí de otros temas, de empleo–, pero me parece que pone negro sobre blanco, me parece un estudio muy bien hecho, muy bien elaborado. Esperaré a poder mirarlo en profundidad cuando lo cuelguen en la página.

Nosotros estuvimos muy de acuerdo en la creación del Observatorio de Salud. Creo que hay que hacer estudios en esta línea, sobre todo para dirigir nuestra acción de una manera más concreta. Yo creo que ya hay estudios que nos hablan de las desigualdades en salud. Hay además un documento que es Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud en España, hecho por el Ministerio –además he visto que ustedes han cogido algún gráfico de esta propuesta–, en donde se ponen las líneas sobre cómo tenemos que actuar y lo primero es hacer estudios. Lo primero es ver cómo está la situación en nuestra Comunidad.

Yo creo que la salud de la población la tenemos que mirar desde muchos puntos de vista. Por eso es importante un compromiso político intersectorial, tal y como han creado esa Comisión, porque para mejorar la salud de la población tenemos que –sobre todo para mejorar las desigualdades en salud– mejorar la distribución de los ingresos, mejorar las oportunidades de educación, mejorar las condiciones de empleo, mejorar el medio ambiente material, el acceso a los servicios sanitarios y también los estilos de vida de la población.

A mí me parece, como digo, que lo importante es que haya un compromiso político en la acción intersectorial sobre los determinantes en salud.

Y yo, que no soy miembro del cuatripartito, voy a ir un poco más allá. A mí me falta algo en esto, y me falta cómo vamos a intervenir. El estudio está hecho, pero ahora lo hay que plantear es aterrizar este estudio en las intervenciones concretas. Yo creo que hay muchos estudios que nos hablan del buen impacto, del impacto positivo de las intervenciones comunitarias en salud, donde tenemos que contar con los Ayuntamientos, donde tenemos que contar con las entidades sociales de cada uno de los municipios, por eso nos sirve muy bien el hacer el análisis geográfico de las desigualdades en salud. Supongo que esto será el segundo paso que se planteará, como digo, porque el estudio del área geográfica tiene que ser la base para la intervención comunitaria. Tenemos los consejos de salud muy abandonados –ya se

están empezando a activar en algunas zonas–, en donde participan los Ayuntamientos, por ejemplo, para planificar el deporte en cada uno de los municipios sobre los hábitos de vida saludable que influyen. Por lo tanto, me falta esa pata que es la intervención comunitaria. Entiendo que este estudio va a ser la base para esas intervenciones.

Sin más, quiero felicitarles por el estudio, felicitarles por el funcionamiento del Observatorio, pero, como digo, vayamos ya a las acciones concretas. Contemos con ese mapa geográfico, con los recursos que tenemos en los municipios, con una acción con política conjunta, no solo de lo de salud, sino de otro tipo de políticas, y nada más. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Ahora sí, tiene la palabra la señora Ganuza por parte de UPN.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidenta. En primer lugar, quiero agradecer al Consejero y a la directora-gerente las explicaciones y la documentación aportada. Yo quiero empezar con el Consejero, que nos ha dado una visión general, pero que no ha aportado nada nuevo, nada nuevo a lo que ya existía en anteriores legislaturas y ya estaba hecho, y a lo que explicó en la comparecencia cuando se creó el Observatorio. No nos ha aportado nada.

Respecto al resumen de los estudios que ha expuesto la directora, desconozco si lo que voy a decir ya está elaborado, porque no tengo toda la documentación. Estuve mirando en la página web y como no estaba... La verdad es que me hubiera gustado que se hubiera aportado antes de esta comparecencia, pero espero y deseo que, si no, tomen nota de lo que voy a decir. Respecto a las conclusiones, yo las veo muy conformistas, poco ambiciosas. No solucionan las desigualdades, no aportan nada sobre los nuevos retos que hay en Salud Pública, que ya están estudiados y se conocen de antemano.

En primer lugar, quiero reconocer el trabajo que ha hecho, que está haciendo, en Salud Pública. Queda mucho trabajo por hacer, por seguir mejorando. Yo creo que hay que adaptar las nuevas políticas y actuaciones a las situaciones concretas de cada área territorial para reducir las desigualdades. Nos han aportado unos datos y unas conclusiones que nos permiten tener una visión global de la situación de la zona y con respecto a la media de Navarra. Pero ahora hay que facilitar el trabajo conjunto a todos los agentes sociales implicados en el ámbito de salud con estos datos. ¿Se va a mejorar con estos datos las acciones en salud? ¿Se va a seguir sensibilizando a la población? ¿Se va a hacer más accesible la información que por ahora no es accesible? ¿Se van a enviar todos estos datos a las zonas básicas? ¿Se está informando ya a las zonas básicas o, si no, para cuándo? Yo quiero insistir en que hay que priorizar promoción y prevención. Como han dicho muy bien, los indicadores en salud son buenos, con una esperanza de vida de las más altas, pero no acompaña una vida de buena salud a causa de las limitaciones funcionales y de las desigualdades.

Respecto a las desigualdades en salud, como ya se explicó en anteriores comparecencias, entendidas en un contexto de grandes cambios, múltiples riesgos y enfermedades emergentes, las considero y las sigo considerando innecesarias, injustas y potencialmente evitables. Yo creo que poco han hecho el Departamento y el Instituto para corregir estas desigualdades, con el género, con la edad, con la etnia, con los emigrantes... Ya he explicado que son muy difíciles. Entiendo son muy difíciles, pero algo habrá que hacer. Hay que pasar ya a la acción. Los datos

ahí están, pero hay que pasar a la acción. Y sobre todo también mejorar la accesibilidad del territorio en el que viven.

Yo creo que hay que hacer más –igual está hecho, yo lo desconozco: intervenciones y propuestas de intervención sobre la discapacidad sensorial que provoca grandes problemas de accesibilidad, con la discapacidad intelectual, con la enfermedad mental, que conllevan a una menor atención a sus factores de riesgo. Yo creo que las zonas básicas ya tienen que contar con un programa de intervención integral en desigualdad y, sobre todo, en riesgo psicosocial infantil. Hay que lograr ya que toda la población infantil y adolescente se identifique, la que está en situación de riesgo psicosocial, que cuente con una valoración socio sanitaria integral y un plan personalizado de intervención. Tenemos que conseguir ya una valoración detallada del cien por cien de menores en riesgo para garantizar una nutrición suficiente. Aún en Navarra hay cantidad de niños que carecen de este principio básico.

Y luego tenemos que reducir las diferencias en áreas de salud de Navarra, sobre todo en el acceso a intervención previsto en el Plan de Salud: acceso al infarto agudo de miocardio, al ictus, a programas de rehabilitación, a nuevas terapias... Yo creo que ya tiene que disminuir el tiempo de identificación y diagnóstico de las enfermedades raras. No sé si han hecho algo o van a hacer o qué. Y tenemos que evaluar el segundo Plan de Drogodependencia y elaborar ya el tercero.

Yo creo que también hay que desarrollar una historia sociosanitaria compartida para garantizar una verdadera atención integrada a los pacientes que requieren una intervención sanitaria y social; y que se normalice la atención en pacientes institucionalizados –siendo extendida a los pacientes que necesitan una atención interdepartamental, sobre todo en niños en situación de alto riesgo, que hay muchos: enfermedades mentales crónicas, paliativos y pacientes dependientes. Y luego queda mucho por hacer en reforzar la cooperación entre Salud Pública y Atención Primaria, sobre todo con políticas de atención a promoción, cooperación entre servicios asistenciales también y con Salud Pública, y cooperación interdepartamental. Se ha hecho, pero aún queda mucho por hacer. Yo creo que hay que seguir actuando y mejorando para reducir las desigualdades evitables mediante unas buenas políticas públicas sanitarias y sociales.

Yo creo que el Gobierno y el cuatripartito tienen una gran responsabilidad social y sanitaria. Hay que atender más los factores generadores de desigualdad que todos los conocemos. Ya los han explicado, pero es que no se está actuando. Y también más propuestas de intervención para estos estudios y realizar nuevos estudios, porque estos estudios que ha explicado prácticamente ya estaban casi elaborados. Faltaban las conclusiones de algunos de ellos. Entonces les agradecería nuevos estudios porque muchos de estos ya estaban iniciados en la anterior legislatura. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tiene la palabra el señor García por parte del PP.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Gracias, Presidenta. Buenos días. Quiero sumarme a los agradecimientos, tanto al señor Domínguez como a la señora Pérez Jarauta, por las explicaciones así como por la intervención en la explicación sobre las cuestiones del Observatorio.

Al haber sido solicitada esta comparecencia por parte de los grupos del cuatripartito, yo tenía una alta expectativa en que se iban a plantear quizás nuevas acciones mucho más concretas de las que hoy se han podido ver o escuchar en esta Comisión, y quizás me he llevado cierta decepción. Decepción porque muchos de los datos de los informes –que he podido ver, según qué informe, en la propia página web del Observatorio– hablan de años anteriores. Son informes de 2015, de 2016... Hay diferentes informes y entiendo que esa documentación ya estaba aportada y que es conclusión quizás de lo que usted nos ha dado. Insisto, es la propia información. Igual el propio informe de hoy no está subido a la web. En noviembre se decía que el estudio y el informe se iban a subir a la página web, y no sé si no he sabido buscar en la propia página web este informe al que se hace referencia, pero sí que he visto, insisto, muchos otros que hacen referencia a datos similares.

Y buscando en internet, también he llegado a un informe con respecto a datos que hoy se han planteado del Ministerio de Sanidad. Creo que también hay datos importantes que se pueden transmitir o que nos dan esa visión por parte del Ministerio de Sanidad. Por tanto, yo creía que en esta Comisión, aparte de muchos datos que ya conocíamos –el Consejero ha hablado mucho de lo que ya dijo en otra Comisión para presentarnos el Observatorio–, más allá de los objetivos que, claro está, compartimos –conocemos cuáles son esos objetivos, insisto–, poco se ha planteado sobre acciones concretas que se van a llevar a cabo por parte del Departamento de Salud para reducir en este caso estas desigualdades. Por lo tanto, decepción porque no ha habido grandes novedades, sino cuestiones que en la mayor parte ya conocíamos, y porque no hemos conocido cuáles son esas medidas que están llevando a cabo, si es que hay alguna medida que ya está llevando a cabo o medidas que se van a poner en marcha por parte del Departamento.

Hay otras cuestiones sobre las que también quizás debemos reflexionar. Se hablaba de la obesidad y no he podido obtener un dato claro, pero en función también del porcentaje de la renta de aquellas personas que acceden a comedores escolares, hay un porcentaje muy alto con rentas bajas por las ayudas que hay por parte del Gobierno. Por lo tanto, algo no me cuadra o algo se está haciendo mal con respecto a comedores escolares, cuando las rentas bajas tienen más accesibilidad a los comedores escolares y esas mismas rentas bajas tienen un alto grado de obesidad. Por lo tanto, yo creo que también es una cuestión sobre la que debemos reflexionar y analizar en profundidad para ver qué es lo que está sucediendo. El problema no solo es dentro del comedor escolar porque todas las comidas que se hacen no se hacen solo en los comedores escolares, pero, insisto, algo puede tener que ver. No echo la culpa a nadie, sino que creo que es algo en lo que se debe reflexionar y profundizar para conocer cuál es la problemática.

Y luego hay otra cuestión importante que es el consumo de alcohol y tabaco entre los jóvenes. Navarra, por desgracia, es una de las Comunidades donde más ha subido este porcentaje. Por lo tanto, creo que también debemos focalizar aquí qué es lo que está sucediendo. Es cierto que ha subido a nivel nacional, pero en Navarra hay un porcentaje posiblemente superior. Por lo tanto, hay que ver qué medidas, más allá de la sensibilización y visualización por parte de diferentes entidades, y qué es lo que debemos llevar a cabo en los diferentes institutos del Departamento de Educación, a través de diferentes entidades juveniles, no solo el Consejo de

la Juventud, sino entidades más locales que puedan ayudar a dar esa visibilidad, a explicar cuál es la situación y poner medidas.

Por lo tanto, creo que son dos cuestiones importantes en las que se deben plantear medidas concretas. Y eso es lo que nos falta a nosotros. Insisto en la decepción que tenemos desde el Partido Popular ante la falta de medidas concretas que se van a poner en marcha con base en los datos que muchos de ellos, insisto, ya se conocían. Por lo tanto, igual el día de mañana vienen y explican cuáles son esas acciones que se van a poner o cuáles son esas acciones. Ahora, claro está, existe la oportunidad de explicar si hay acciones para que esta decepción no sea tal con respecto al tema del que hablamos.

Por lo tanto, insisto en agradecer las palabras tanto de la señora Pérez Jarauta como del señor Domínguez, pero nos ha faltado esa visión de futuro, esa visión de poner en práctica medidas mucho más concretas o medidas concretas que den solución a la problemática de la que hemos hablado hoy. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tienen ahora la palabra el señor Consejero y la señora Pérez Jarauta para que nos cuenten.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Ante todo quiero agradecer las aportaciones de los portavoces. Y antes de darle la palabra a María José Pérez Jarauta para que nos aclare algunos puntos muy concretos, a mí me gustaría recalcar algunos aspectos.

El primero es que realmente me alegra que la portavoz de UPN y el portavoz del PP piensen que yo no he aportado nada porque eso significa que en la anterior comparecencia se enteraron de lo que yo estaba diciendo, porque realmente lo único que pretendía en esta ocasión era hacer la introducción al tema que nos ocupa, que es el tema de las desigualdades. Por lo tanto, me alegra.

Simplemente quiero insistir en que para el Departamento de Salud uno de los ejes estratégicos es evitar las desigualdades en salud y pensamos que el gasto en prevención y promoción de la salud no es un gasto, sino que es una inversión. Lo que ocurre es que muchas veces, metidos en políticas cortoplacistas por la dimensión que tienen las legislaturas, la verdad es que tenemos que hacer una extracción y pensar que esto es importante, aunque realmente la inversión en esas políticas, en esas acciones, más de atención que de prevención son importantes. Probablemente las inversiones en ese otro tipo, en atención a la salud, son importantes, pero desde luego hay que pensar que no es el objetivo exclusivo.

Aquí se ha estado comentado también, cuando se ha hablado de las desigualdades, que hay algunas justas e injustas. Yo no estoy de acuerdo. Todas las desigualdades en salud son injustas, lo que ocurre es que algunas desgraciadamente no se pueden solucionar, como pueden ser las genéticas, pero todas, insisto, son injustas y tenemos que luchar en todas aquellas en las que podemos hacer.

Ahora ya voy a dar la palabra a María José Pérez Jarauta para que conteste a cuestiones puntuales. Gracias.

SRA. DIRECTORA-GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (Sra. Pérez Jarauta): Yo también quería realmente agradecer las aportaciones de todos los grupos, que me han parecido bien interesantes. De las cosas que salen, y en las que creo que vale la pena profundizar un poco, una es que efectivamente cuando se plantea trabajar sobre desigualdades, se plantea incidir sobre las desigualdades injustas y evitables. Como decía el Consejero, la genética es difícilmente influenciable o desgraciadamente la edad que uno tiene y va teniendo, o el sexo, no así el género, que no es lo mismo. Efectivamente, es sobre las evitables sobre las que intentamos e intentaremos incidir.

El otro tema que salía... Efectivamente, hay muchas causas, muchos determinantes, de todo tipo que influyen en la salud de una población. Lo que se intenta con el enfoque de desigualdades es trabajar no solo sobre los determinantes socioeconómicos, sobre la clase social y los determinantes socioeconómicos, sino también sobre el género, también sobre la edad. Hay algunas intervenciones que hay que plantearlas con jóvenes, por ejemplo, el tema de los consumos de sustancias. Hay otras que hay que plantearlas con la gente mayor, por ejemplo, la oferta de ejercicio físico para gente mayor. Y hay algunas que hay que plantearlas con gente socioeconómicamente más desfavorecida. Pero las mayoritarias son las que tienen que ver con zonas geográficas porque habitualmente, como señalaban, la zona geográfica recoge a la vez varios de esos indicadores de desigualdad. Depende de lo que tú ganas, depende de tu nivel de renta y de tu nivel educativo, y de más factores, es más probable que vivas en un tipo de zona o en otra con mayor índice de privación socioeconómica o no.

Ahí toda la intervención, lo que se está haciendo ahora... Y permítame que le diga, señora Ganuza, que no se hacía hasta ahora. Hasta ahora no había un Observatorio de Salud Comunitaria. Las cosas como son. En Salud Pública se trabajaba, por supuesto que había datos de esperanza de vida, pero no datos, no análisis por desigualdades. Se estudiaba la prevalencia de diabetes, pero no mapeada por zonas básicas de salud ni estudiada por determinantes económicos o por determinantes educativos. Y lo mismo con todos los temas a los que he aludido. El único estudio que sí estaba hecho es el MEDEA de 2006. Y cuando pone una fecha no se refiere –que también se planteaba– a cuándo está hecho el estudio, sino a los datos que recoge, al período de datos que recoge. Entonces, en algunos casos están los datos, en otros, hay que buscar los datos. Las fuentes pueden ser muy variadas, pero los estudios no estaban hechos. En esta legislatura ha habido que hacer un Observatorio de Salud Comunitaria, y yo creo que a todos les pareció útil que se hubiera creado ese Observatorio porque uno de sus objetivos fundamentales era justamente estudiar las desigualdades. Estos son los tres objetivos del Observatorio. Y con esto me quería referir a... Es decir, nosotros entendíamos que lo que ustedes nos pedían que viniéramos a explicar hoy eran los estudios de desigualdades en salud, no así las intervenciones. Y, claro, hemos intentado abordar los estudios y además el tiempo es el que es.

En cuanto a intervenciones –y contesto concretamente a la pregunta concreta–, lo que vamos a tener son perfiles de salud en cada zona básica. ¿Vale? Perfiles de salud que recogen veintidós indicadores, que recogen muchos tipos de datos y que se los presentaremos en cuanto estén los cincuenta y seis. Imagínense el trabajo enorme que es hacer el estudio de todos esos veintidós indicadores por cada una de las cincuenta y seis zonas básicas que en este

momento tiene Navarra, y con los recursos que contamos, que efectivamente consideramos que son suficientes, pero realmente hace falta mucho tiempo porque...

Usted decía Isaba. Quiero decir que hay que ser muy exquisito con los análisis. No puedes dar datos hasta que no tienes muy claro qué ocurre en esas situaciones. Entonces, Isaba es estadísticamente significativo. Para dar esos datos se han quitado todos los sesgos posibles conocidos que se describen en los estudios. Por ejemplo, qué personas viven en una determinada residencia de ancianos que está fuera de la zona en la que viven, que hay personas que están empadronadas en su zona o en la zona en la que viven sus hijos, o sea, hay personas que viven a veces aquí y a veces allá. Entonces hay que cruzar datos de distintos tipos de fuentes para poder dar datos limpios, datos buenos. Por eso, es costoso elaborar los perfiles. Estarán en junio. ¿Verdad, Koldo? Nuestro objetivo es que estén en junio y lo que hemos acordado es que estarán en junio.

Pero ya está en la página web una cosa que es bien interesante, aludiendo a lo que también se planteaba, porque efectivamente la salud depende de muchos factores. Sí que están ya metidos los mapas de activos, o sea, al otro tema, que son los activos en salud. Están, por ejemplo, qué entidades sociales de apoyo social hay en cada zona de salud –eso ya está metido– o qué oportunidades para el ejercicio físico hay en cada zona de salud, porque no podemos ver la salud solo en negativo. Los activos en salud es verla en positivo. Entonces, a cada zona básica de salud le va a llegar una hoja –porque uno de los objetivos de un Observatorio es que sean datos accesibles, gráficos y de alguna manera pedagógicos– por las dos caras con, por un lado, los veintidós indicadores cuantitativos que alude al mapa de activos de cada zona básica con un enlace en el que tu pinchas –y ahora ya se puede hacer en la página web– y te aparecen todos los activos en salud esa zona básica; y, en el otro lado, un resumen de lo que se ve como resultado de salud. Eso es lo que nos va a permitir verdaderamente ir a intervenciones específicas y ajustadas a la situación de salud de cada zona básica. En junio es cuando trabajaremos con cada zona básica, además con los nuevos planteamientos que se están haciendo en la reforma de atención primaria que incluye también mejorar los consejos de salud, ver qué tipos de intervenciones se plantean en cada zona.

Y luego lo último que quería comentar es que se habla de dos cosas: una, la responsabilidad personal y, otra, los comedores escolares. En cuanto a la responsabilidad personal, no podemos ir a enfoques de culpabilización de la víctima. No podemos atribuir toda la responsabilidad a personas en cuyos comportamientos está influyendo la oferta de ejercicio físico que tiene ese municipio o está influyendo el apoyo social o no que pueda encontrar en su Comunidad, Pero también es cierto que hay una responsabilidad personal. Las dos cosas son importantes. El que las personas elijamos y tengamos capacidades para elegir los estilos de vida más saludables, pero también que los entornos que se nos propongan, esas cosas sean las más fáciles de elegir. Entonces, efectivamente, combinamos la responsabilidad personal y social en el tipo de planteamientos.

Y respecto a los comedores escolares, hay una ley que tiene que ver con los comedores escolares y también con las máquinas de *vending* en los centros escolares que está próxima a salir, que de alguna manera regula –está en Gobierno Abierto y entonces todavía tiene que sufrir una parte del proceso, pero está próxima a salir– el tema de comedores escolares en la

parte que nos incumbe, en la parte que tiene que ver con la alimentación saludable y con el *vending*. En algunos centros escolares, en un cierto porcentaje, existen máquinas de *vending* que incluyen bombas calóricas (palmeras de chocolate, donuts –no voy a decir una marca comercial–, todo tipo de bollería industrial envasada, bebidas azucaradas...) Como saben, un refresco de cola tiene siete terrones de azúcar. Entonces, ese tipo de cosas es lo que regula esta ley de comedores escolares. Yo creo que hasta aquí. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrustegui Marturet): Muchas gracias. Ha sido una jornada interesante. Sin otro punto que tratar, ya que hemos aplazado la moción, despedimos al señor Cambra, a la señora Pérez Jarauta y al señor Consejero. Levantamos la sesión.

**Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a realizar la evaluación del II Plan Foral de Drogodependencias en el plazo máximo de tres meses, presentada por la Ilma. Sra. D.ª María Victoria Chivite Navascués.**

(Este punto ha sido pospuesto).

(Se levanta la sesión a las 12 horas y 17 minutos).