# DIARIO DE SESIONES

DEL

# PARLAMENTO DE NAVARRA

IX Legislatura | Pamplona, 2 de diciembre de 2016 | NÚM. 27


## TRANSCRIPCIÓN LITERAL

## COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.ª CONSUELO SATRÚSTEGUI MARTURET

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 2 DE DICIEMBRE DE 2016**

**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 explicar los primeros informes realizados por el Observatorio de Salud Comunitario.

– Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Directora Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra para explicar el Plan de Acción de Salud Laboral.

(Comienza la sesión a las 9 horas y 35 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 explicar los primeros informes realizados por el Observatorio de Salud Comunitario.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Egun on eta ongietorri. Bienvenidos y bienvenidas. Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Salud con el primer punto en el orden del día, la comparecencia del Consejero de Salud y de la Directora Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra para explicar los primeros informes realizados por el Observatorio. Para ello damos la bienvenida al señor Consejero, a la señora Pérez Jarauta y al señor Cambra, Jefe del Servicio Comunitario. La comparecencia ha sido solicitada por el señor Martínez. ¿Quiere intervenir?

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Egun on. Hitza hartuko dut ongietorria emateko eta esateko agerraldi hau eskatu genuela batez ere jakin genuelako Behatoki hau martxan jarria zenutela eta jakiteko zergatik, zertarako, zer egiten ari zareten eta guzti hori. Besterik ez. Eskerrik asko.

*[Buenos días. Tomo la palabra para darles la bienvenida y para decir que solicitamos esta comparecencia principalmente porque supimos que este Observatorio ya estaba puesto es marcha y queríamos saber por qué, para qué, qué están haciendo y todo eso. Nada más. Muchas gracias.]*

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Ahora tiene la palabra el señor Consejero.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Buenos días a todos y a todas. Egun on. Para mí es un placer comparecer, una vez más, en esta Comisión para exponerles en esta ocasión los motivos por los que se ha creado, los objetivos, las funciones y los productos que se espera recoger del Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra de reciente creación. Para ello, me acompaña en esta comparecencia la señora Pérez Jarauta que, como todos saben, es la Directora Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Gran parte de los aspectos que les vamos a presentar en esta Comparecencia son muy técnicos y por eso hemos preferido, en aras a una mayor claridad y con su permiso, compartir la exposición de este tema.

En 2014 la Organización Mundial de la Salud publicó la guía «Proporcionar inteligencia sanitaria para satisfacer las necesidades locales». Es una guía orientada al desarrollo de observatorios de salud comunitaria basada en los resultados de investigaciones del Centro de la OMS de Kobe, Japón. La misión general de estos observatorios propuestos en esta guía es facilitar inteligencia sanitaria trabajando en colaboración y conjuntamente con todos los agentes y sectores implicados, agencias, instituciones y sociedad civil para responder a las necesidades locales de salud. Existen observatorios de este tipo en alguna Comunidad Autónoma, en concreto, en Asturias, y en otros países europeos como son Gales y Escocia.

Conocer las realidades sociales y las relativas a la salud de las poblaciones es algo complejo, pero absolutamente necesario para la formulación de programas, planes y políticas oportunas y efectivas con una perspectiva de participación, acción y transformación social. Valorar el

estado y las necesidades de la salud colectiva requiere, además de disponer de indicadores adecuados de muerte y enfermedades, estilos de vida, salud percibida y otros, comprender y cuantificar el impacto que en la salud tienen sus determinantes o causas en los distintos niveles en los que los fenómenos ocurren, desde lo global a lo local.

El Observatorio de la Salud Comunitaria de Navarra es un instrumento creado por el Instituto de Salud Pública y Laboral del Departamento de Salud para generar, analizar, reunir, organizar y comunicar la información relativa a la salud pública y sus determinantes de manera accesible, de fácil comprensión para todos y útil para promover y apoyar acciones de todos los agentes de salud con objeto de mejorar la salud colectiva y conocer mejor y trabajar en la reducción de las desigualdades en salud. Es en este marco en el que se han establecido los tres pilares de información fundamentales para el Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra. El primer pilar es la información sobre resultados de salud referida en términos de indicadores de mortalidad –indicadores de muerte y esperanza de vida–, morbilidad –enfermedades principales como cánceres, enfermedades vasculares como infartos, enfermedades cerebrovasculares como ictus, diabetes– y salud percibida. El segundo sería la información sobre determinantes de la salud, como serían los estilos y condiciones de vida, trabajo, entornos y medioambiente, déficit y activos en salud. En tercer lugar, información y análisis de desigualdades en salud según sus ejes como el género, edad, posición y territorio.

El Observatorio tiene como una de sus bases el modelo de determinantes personales y sociales de la salud. Este modelo plantea la salud como el resultado de múltiples factores interrelacionados: factores personales como los genéticos, la edad y el sexo, y otros factores como los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias existentes y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que configuran las condiciones en las que las personas nacen y viven. La distribución en la población de los determinantes sociales de salud no es ni aleatoria ni homogénea, ya que existen ejes generadores de desigualdades que ya hemos comentado, como el territorio en el que se vive, el género, la edad, la etnia, la posición social o la clase social. Esto conduce a que no todas las personas tengan las mismas oportunidades de alcanzar su nivel óptimo de salud. Numerosos estudios científicos de la OMS y otras agencias europeas y mundiales lo demuestran desde los primeros estudios Whitehall dirigidos en el Reino Unido por sir Michael Marmot. Estos determinantes de la salud se encuentran en todos los espacios y ámbitos de la salud en los que se estudian.

Son varias las funciones del Observatorio de Salud Comunitaria en Navarra. En primer lugar, prestar la información e inteligencia sanitaria que precisan para dirigir sus acciones a mejorar la salud de la ciudadanía navarra a servicios y profesionales de salud, sociales, educativos, ayuntamientos, organizaciones, personas y agentes sociales, etcétera, pertenecientes o no al sector sanitario. En segundo lugar, fomentar las actuaciones comunitarias locales de los servicios de salud, así como la acción intersectorial, la salud en todas las políticas y los procesos de participación ciudadana para mejorar su salud. Finalmente, contribuir a reducir las desigualdades en salud en Navarra.

Antes de dar paso a la doctora Pérez Jarauta, quiero expresar mi agradecimiento al Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra y muy especialmente a todas aquellas personas que han trabajado intensamente –y querría recalcar «intensamente»– durante los últimos meses para

que este importante instrumento que es el Observatorio de Salud Comunitaria sea hoy una realidad. Una realidad que, sin duda, nos va a permitir trabajar mejor en beneficio de la salud colectiva. Quiero destacar que 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. Cedo ya la palabra a la señora Pérez Jarauta.

SRA. DIRECTORA GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (Sra. Pérez Jarauta): Eskerrik asko, Consejero. Egun on guztioi. Buenos días a todas y a todos. Si les parece, yo me centro en el contenido actual del Observatorio de Salud Comunitaria, en estos tres temas concretos: la situación de la salud por área geográfica, los temas de salud y los activos de salud. Estas son las tres entradas que tiene la página web.

En primer lugar, quería decir que, como remarcaba el Consejero, el Observatorio es un proyecto estratégico nuevo de gran valor para la salud de la población navarra, pero que para que sus productos sean útiles, realmente requiere muchos estudios, análisis detallados y procesos de valoración epidemiológica específicos para tener gran rigor en los datos que se plantean. Por eso utiliza fuentes de información muy diversas y requiere de la colaboración de múltiples estructuras.

La página web tiene tres entradas y voy a describir brevemente lo que aporta cada una de ellas. Empiezo por la situación de la salud por área geográfica. Esta contiene indicadores de salud, sus determinantes por Navarra en su conjunto, áreas, comarcas y también por zonas pequeñas de salud. Lo que ocurre es que el estudio de poblaciones grandes tiene las ventajas de economía de escala y no tiene los problemas de los análisis derivados de los números de población pequeños, de trabajar con denominadores muy pequeños. Entonces, permite análisis detallados y fiables relativos a la edad, etnia y variables socioeconómicas. Si se analiza por género, divides la población por la mitad y si analizas por grupos de edad, depende del grupo se divide por mucho. Sin embargo, el uso de áreas pequeñas es fundamental para valorar desigualdades territoriales que son muy importantes para la acción y también para la acción local. Por eso, en este sentido, por su importancia quiero detenerme especialmente en el perfil de la zona básica de salud. Esta imagen que ven llegará a cada zona, al centro de salud, al Ayuntamiento y a otros servicios y agentes sociales. ¿Qué es lo que contiene? Tras estudiar y analizar los indicadores posibles de bastantes de los observatorios existentes y ver su factibilidad en Navarra dado el pequeño tamaño de las zonas de salud, se han seleccionado veinticinco indicadores de cinco bloques temáticos.

El primer bloque que ven es la demografía y los determinantes sociales y contiene indicadores como nacimientos de madres menores de 20 años, población de 18 a 24 años sin educación secundaria u hogares unipersonales de mayores de 80 años. Si vamos al segundo bloque, enfermedades y muertes, tiene indicadores, como no podía ser de otra manera, de esperanza de vida al nacer, pero también de mortalidad prematura de menores de 75 años –que es una cosa importante–, personas adultas con sobrepeso grado dos, obesidad infantil y personas mayores de 64 años con demencia. Si pasamos al tercer bloque de los planteamientos teóricos que hacía el Consejero, que es estilos de vida, contiene datos como consumo diario de tabaco o de alcohol o la población que cumple las recomendaciones de ejercicio físico, pero también, por ejemplo, el consumo de ansiolíticos y antidepresivos. Si pasamos a los servicios de salud,

está el control adecuado de la diabetes o del riesgo vascular y también, por ejemplo, las coberturas vacunales. En cuanto al último bloque, que son los activos en salud, aquí figuran las escuelas promotoras de salud y servicios hosteleros responsables, pero existen más y existirán más en el futuro.

Lo que ven aquí es un perfil ficticio ya que se están construyendo los perfiles. En el real, esta figura muestra, como ven, conjuntamente los valores de los indicadores para cada zona básica –el rojo–, pero también su posición relativa a la media navarra, que es lo verdaderamente interesante de este tipo de observatorios. Esto se ha hecho realmente de esta manera, como ha planteado el Consejero, ya que informa de la posición respecto a la media navarra y facilita, en ese sentido, a todos los agentes de salud el trabajo conjunto desde la mejora y la inteligencia sanitaria, desde los mejores datos de los que podemos disponer. Esto también será útil para facilitar el trabajo comunitario de los centros de salud y para revitalizar los consejos de salud en torno a estos datos, añadir datos locales y poder plantear programas respecto a los indicadores en los que una zona está peor respecto a otras. Supongo que esto está claro. A nosotros nos parece de una importancia fundamental y un gran avance para el trabajo en salud en Navarra realmente y del que no disponíamos hasta ahora.

La segunda entrada se llama «temas de salud» y contiene informes específicos sobre temas de salud y sus determinantes, con diferentes tipos de análisis epidemiológicos según el tema. Son muy variados: accidentes de tráfico, aguas, cáncer, enfermedades transmisibles, estilos de vida, gripe, salud laboral, obesidad y sobrepeso, VIH/sida, que ayer fue el Día Mundial. Todos estos temas están en la web y contienen un resumen previo y luego se clica el informe correspondiente entero. Yo quería destacar y pararme en tres temas en los que, por su gran valor para la acción, estamos trabajando más intensamente y que se van a colgar próximamente. Los otros ya están en la web y los pueden consultar. Estos tres temas son el análisis de género, como el cáncer de pulmón que está aumentando en mujeres, que es un tema muy gordo y al que debemos dedicarle esfuerzos, otro es la edad –con la pandemia de la obesidad infantil– y el tercero es lo que sabemos hasta ahora de las desigualdades sociales en salud. Les quiero comentar muy brevemente algo de los tres. Estos tres temas ya se están haciendo con los tres enfoques que el Consejero planteaba: desde la perspectiva de salud propiamente dicha –de los resultados–, desde la perspectiva de determinantes de salud y desde la perspectiva de desigualdades sociales en salud.

Entro en el primero, en el cáncer de pulmón. ¿Qué pasa con este tema haciendo un análisis de género? Lo primero que tenemos que decir es que entre 2003 y 2014 la mortalidad por cáncer de pulmón en la Unión Europea ha disminuido un 20,8 por ciento entre los hombres, pero entre las mujeres ha aumentado un 71,9 por ciento. Este es un dato fundamental. En Navarra, como ven, el 80 por ciento de los casos de cáncer de pulmón se diagnostican entre los hombres. Esto es así. El Observatorio lo que pretende es dar gráficas y hacer la información muy accesible. Esto conlleva un trabajo enorme, pero así, en una gráfica se puede ver una foto sintética de qué va ese tema y el Observatorio quiere que esto sea bastante accesible a muchos tipos de profesionales y también de ciudadanía, de ayuntamientos, de mucha gente. Aquí nos centramos en hombres y mujeres de 30 a 64 años. Esta es la tasa ajustada –por 100 000 habitantes– de cáncer de pulmón y aquí ven periodo de tiempo en quinquenios. El azul son hombres y el naranja son mujeres.

Lo primero que vemos es que los hombres siguen teniendo una tasa claramente mayor que las mujeres. La línea de arriba es incidencia, casos nuevos que se diagnostican cada año, y la de abajo es mortalidad, la tasa de muertes. En mujeres es lo mismo: la de arriba es incidencia y la de abajo es mortalidad. Aquí vemos que en hombres, a partir de 2005, se observa una estabilización de la incidencia y una estabilización y luego disminución de la mortalidad. Mientras que en mujeres es al contrario: aumenta la incidencia y aumenta también la mortalidad. Por otra parte, el cáncer de pulmón ha pasado a ser la primera causa de muerte en las mujeres, por encima del de mama que ocupaba la primera posición. Esto es muy serio. También quería decir que se estima que aproximadamente el 85 por ciento de los casos de cáncer de pulmón están relacionados con el tabaquismo. Esto son estudios orientados a la acción porque se detectan líneas de actuación y en otros países como Suecia –no me entretengo en esta gráfica ya que son hombres suecos los azules y los rosas hombres suecos, españoles y navarros– o Inglaterra se está avanzando en ese sentido y se puede avanzar. Por lo tanto, esto nos sirve para avanzar en acciones y programas específicamente orientados a mujeres y mucho más a mujeres jóvenes, ya que para cuando se ve esto en la incidencia y en la mortalidad es generaciones anteriores de mujeres que empezaron a fumar relativamente pronto.

Paso al segundo tema: la obesidad infantil. Se está ultimando un amplísimo estudio y muy exhaustivo sobre obesidad infantil porque, aunque tenemos tasas de las menores del Estado, no por eso deja de preocuparnos y deja de ser un problema la obesidad en la infancia en Navarra. Se están ultimando diferencias geográficas por área, por comarca y por zona básica, diferencias territoriales, y esto nos da claramente datos de por qué zonas básicas tenemos que empezar a trabajar y a cuáles hay que dedicar más recursos que a otras. También se está ultimando el análisis de desigualdades de salud en obesidad infantil. Tiene un gradiente claramente social, por nivel de renta familiar, a menor renta familiar más prevalencia de obesidad infantil. Entonces, cruzando las dos variables, esto es una información preciosa para la acción porque nos permite intervenir donde hay más problemas. No es café con leche para todos. Seleccionamos y podemos priorizar recursos allá donde son más útiles. Próximamente se presentará junto a los programas que ya se están experimentando y que van a ampliarse a toda Navarra para la acción.

Para no extenderme mucho, entro en el tercer tema: desigualdades en salud. Se están realizando distintos estudios en este ámbito. Uno de ellos es el de enfermedades crónicas y nivel de renta, posición socioeconómica, de lo que sí que me gustaría darles algunos datos. Estos son los productos del Observatorio, que en una gráfica, en una foto sintética, se pueda ver realmente qué es lo que está pasando. Esto es la inteligencia sanitaria de datos. Esto es la prevalencia de cronicidad. Estamos hablando de que se ha estudiado la frecuencia de enfermedades crónicas –asma, cardiopatía isquémica, bronquitis crónica o diabetes– en la población atendida en los centros de salud y hospitales de Navarra por ingresos económicos. Hay cuatro tramos de ingresos: sin ingresos, menos de 18 000, entre 18 000 y 100 000 y mayores de 100 000. Lo primero que se ve es que a medida que aumentan los ingresos, desciende la prevalencia de cronicidad. Esto es hombres, esto es mujeres y esto es el total. La segunda cosa que se ve es que la prevalencia de cronicidad es mayor en hombres para todos los niveles de renta excepto para el grupo de población con niveles de ingresos más bajos, en el que no se observa diferencia. Este tipo de estudio también nos orienta mucho a la acción en

la estrategia de crónicos que se está desarrollando por parte del Departamento de Salud y del Instituto de Salud Pública también, que es a quién hay que dedicar más recursos y orientar más trabajo en cronicidad.

Se están desarrollando también estudios de desigualdades de salud en otros temas, por ejemplo, en la esperanza de vida por territorio. Este es un dato fundamental y es el que tienen el estudio Whitehall y todos los estudios iniciales de Marmot que citaba el Consejero, como el que se hizo en el metro de Glasgow, donde se veía que la esperanza de vida disminuía varios años conforme se iba a una parada de metro más periférica, a zonas socioeconómicas más deprivadas, y va disminuyendo la esperanza de vida. De esos estudios hay muchos en Europa, pero en Navarra no se han hecho hasta ahora, lo estamos empezando. Aunque Navarra tenga una esperanza de vida al nacer muy alta –esto es mujeres Navarra, mujeres España, hombres Navarra y hombres España–, y si hubiera puesto la gráfica de Europa, España se sitúa en una de las mejores de Europa, hay un gradiente muy claro dentro de Europa de los países del oeste y de los países del este. Las desigualdades se encuentran allá donde se busquen. Aunque es así, estamos encontrando diferencias, menos por comarca pero más por zona básica. Este dato aislado no sirve porque ¿a qué se atribuye que haya menos esperanza de vida? Hay que hacer un análisis muy detallado y por eso forma parte del perfil global. Este dato tiene mucho más sentido dentro del perfil global de zona básica que aislado.

Otro estudio que se está ultimando es el de mortalidad por nivel de estudios. También estamos viendo que claramente la mortalidad es superior con nivel de estudios. Ya no estamos hablando de nivel de renta porque estos son distintos indicadores de posición socioeconómica. Se puede mirar por nivel de renta, por nivel de estudios y diferentes estudios. Para intervenir en tabaco y mujeres con el cáncer de pulmón estamos viendo también el consumo de tabaco y el nivel de estudios, donde ocurre lo mismo. A mayor nivel de estudios menos prevalencia de tabaquismo. De todos modos, en Navarra de este tema hay que decir que nos queda mucho por trabajar ya que en otras comunidades autónomas y otros países se lleva mucho tiempo realizando este tipo de estudios, como en Cataluña, la Comunidad Autónoma Vasca o Madrid, donde no tienen observatorios como este, pero tienen estudios de desigualdades. En la ciudad de Barcelona se está trabajando muchísimo por barrios, al igual que en Cataluña y en la Comunidad Autónoma Vasca y en Madrid también algunas cosas. Nosotros consideramos que este tipo de estudios es muy necesario para reducir las desigualdades en salud, que es un objetivo global del Departamento en esta legislatura y también del Instituto de Salud Pública. Conocer la situación es la primera cosa que hay que hacer para poder intervenir mejor en avanzar en equidad en salud.

La última cosa que quería comentarles, para no alargarnos, es la tercera entrada de la página web: activos o recursos para la salud. Esta entrada existe porque es una perspectiva que no se desarrolla mucho en diferentes comunidades autónomas y países y se mira muchas veces la salud con una perspectiva negativa, de muerte o enfermedad. Y miramos menos la salutogénesis, qué cosas ayudan a construir la salud, qué tipos de recursos tenemos que potenciar porque tenemos que trabajar en mejorar la mortalidad y la morbilidad efectivamente, pero también tenemos que trabajar en potenciar los recursos que la mejoran. Esos son los activos y los recursos para la salud, cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de las personas, grupos o comunidades para mejorar la salud y el bienestar, como

polideportivos, caminos vecinales, asociaciones de autoayuda, escuelas promotoras de salud, servicios de hostelería responsables que velan por un tema tan importante como el alcohol en menores. Es decir, se comprometen a tener una formación específica y a no distribuir alcohol a menores. Ahí está el debate últimamente y en navarra se está trabajando mucho en este tema, en potenciar servicios de hostelería responsables, que otras comunidades autónomas tampoco trabajan.

Entonces, el Observatorio de Salud Comunitaria es un espacio para recoger, ya que tendrá la posibilidad de que haya gente local que mande activos en salud, que se filtren y que figuren ahí. También hacer visible e informar sobre estos activos en cada una de las zonas de salud, porque esto sí que es difícil o menos útil hacerlo a grandes escalas, sino que es más útil a nivel local. No es lo mismo los polideportivos de Alsasua que los polideportivos de Tudela o los del Pirineo.

Esto era todo lo que yo quería comentarles. Muchas gracias. Eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias a ustedes por las explicaciones. Ahora le doy la palabra al Grupo de Geroa Bai. Martínez jauna, zurea da hitza.

*[Señor Martínez, tiene usted la palabra.]*

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Eskerrik asko, Presidente anderea. Eskerrik asko, baita ere, Kontseilari jaunari eta Pérez Jarauta doktoreari aurkeztu diguten guztiagatik.

*[Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias también al señor Consejero y a la doctora Pérez Jarauta por todo lo que nos han presentado.]*

La verdad es que estoy contento de haber pedido que vinieran a explicarnos qué es esto del Observatorio de Salud Comunitaria porque parece un instrumento fundamental para la promoción de la salud, entendiendo la promoción de la salud como todas las acciones planificadas dirigidas a aumentar el control del nivel de la salud de la población y sus determinantes sociales. Para eso, como nos han explicado, son fundamentales diversas estrategias de las cuales yo me atrevo a mencionar la existencia de salud en todas las políticas, algo que este Gobierno está haciendo a través de la creación del Consejo Interdepartamental que no existía y por fin existe en nuestra Comunidad, a través de la creación de ambientes favorables para la salud. Acaban de mencionar la hostelería responsable, pero yo también hablaría de educación para la salud a todos los niveles, el apoyo a la acción comunitaria, que es algo que desde este Departamento de Salud están ustedes impulsando y mediante la participación de la ciudadanía en los Consejos de Salud, y el desarrollo de habilidades y la reorientación de los servicios de salud. Es evidente que ustedes lo están impulsando desde el Departamento mediante los programas de gestión clínica, etcétera.

En algún lugar leí que los ojos de la promoción de la salud son los ojos de los determinantes sociales. Es una afirmación con la que este portavoz de Geroa Bai está totalmente de acuerdo. En un momento en el que los recursos no son tan grandes como han podido ser o, por lo menos, parecer que han sido en otras épocas, las políticas de la salud tienen que pretender que la producción de la salud no sea más costosa de lo necesario, que la salud que se produzca no se valore menos de lo que cuesta y, finalmente, que se consiga una traducción perfecta de

planes de salud en políticas gubernamentales y en planes de servicios. Esto es lo que yo he visto en su presentación y, por lo tanto, estoy francamente contento y por eso desde Geroa Bai damos la bienvenida al Observatorio de Salud Comunitaria y felicitamos al Departamento por su creación. Visto todo lo que se puede obtener de este Observatorio, seguiremos con atención los datos que de él nos vayan llegando porque en Geroa Bai estamos convencidos de que la transparencia en las decisiones políticas y la rendición de cuentas en la gestión de los recursos sanitarios son exigencias de la ciudadanía a las que este Gobierno y este Departamento de Salud está respondiendo muy adecuadamente.

Quería hacer mención a los tres aspectos que han nombrado ustedes, diciendo que la equidad –no la igualdad– es clave para el diseño de acciones dirigidas a las causas de las desigualdades en salud. Querría hacer mención también al tema de la obesidad infantil, que no sé si es una pandemia, pero sí, al menos, una pandemia del mundo desarrollado, frente a la cual se pueden tomar medidas individuales, dietarias individuales, y se pueden promocionar medidas individuales y también medidas generales. Hace poco oíamos que en algunos sitios se está planteando el aumento de impuestos sobre las bebidas azucaradas, es decir, medidas generales dirigidas a toda la sociedad. Esto genera problemas éticos sobre los que tendremos ocasión de hablar y discutir.

Para acabar, voy a hacer una propuesta que en esta Comisión he hecho varias veces, repetidas veces, incluso yo diría que muchas veces, con escaso éxito. Es que muchas veces algunas apuestas que podemos hacer en este Parlamento son, desde luego, mucho más importantes que muchas mociones y muchas declaraciones institucionales alrededor de las cuales dialogamos, debatimos, discutimos y, a veces, también consensuamos. Vistos los datos que nos han presentado con la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres, en un Parlamento en el que tanto y tanto hablamos de temas relacionados con el género, invito nuevamente, desde Geroa Bai en esta Comisión de Salud, a hacer una apuesta firme y decidida por eliminar el tabaco, no ya del interior del Parlamento, de donde ya está eliminado, sino también de la puerta del Parlamento. Es decir, hacer una apuesta por eliminar el tabaco. Creo que es una apuesta política de salud importante e, insisto, mucho más importante que un porcentaje elevado de las mociones y declaraciones institucionales que aprobamos en este Parlamento.

Besterik ez. Eskerrik asko. Y les animo a seguir en esta línea que creo que es fundamental para afianzar mayores niveles de salud entre la población de nuestra Comunidad. Eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Eskerrik asko zuri. Tiene la palabra la señora Ganuza por parte de UPN.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidenta. En primer lugar, quiero agradecer al Consejero, a la Directora Gerente del Instituto y al equipo que los acompaña por las explicaciones y por la documentación aportada. También queremos felicitar desde UPN a todos los trabajadores que han hecho posible este Plan Estratégico que compartimos, como no puede ser de otra manera, con el Instituto.

En lo que se refiere al Plan de Salud 2014-2020, y respondiendo a la actual situación de salud de Navarra con el objetivo de mantener el máximo nivel de salud, coincidimos prácticamente en todo lo que ha dicho y en el modelo que han explicado de atención preventiva teniendo en

cuenta el contexto cultural, social y ambiental que han explicado. Vemos la necesidad que existe hoy en Navarra de conocer y vigilar la salud en todos sus determinantes, de que llegue a todos y a todas las zonas de Navarra y que esté orientado a la acción que han explicado. Estas acciones en salud y con los datos que se van a disponer en todas las áreas y zonas de salud, van a conseguir sensibilizar a la población y posteriormente informar a través de la página web sobre todos los determinantes de salud, estilos de vida, recursos existentes y análisis de las desigualdades. Además, va a mejorar mucho la situación de la salud en Navarra con este Observatorio.

Vuelvo a repetir nuestro apoyo a la creación del observatorio. En la página web veremos todo lo que hay que, a verdad, yo todavía no lo había visto y seguiremos viendo todo lo que van a aportar. Desde el Departamento se van a detectar todas las necesidades que hay en Navarra, pero también esperemos que desde el Departamento y desde el Instituto se actúe y se adopten las medidas que correspondan a cada situación que han descrito y las que aún están por detectar y así, entre todos, reducir las desigualdades que existen en Navarra. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Ahora tiene la palabra la señora Ruiz por parte de Euskal Herria Bildu.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, Presidente anderea. Ongietorria eman nahi diet, berriz ere, Kontseilari jaunari, Pérez Jarauta andereari eta gurekin gaurkoan ditugun beste bi pertsonei. Pasa den urriaren 4an, zeharka bada ere, osasun publikoaren inguruko lehenengo Planaren aurkezpenean Behatokiaren inguruan hitz egin genuen. Gaur sakonago ezagutzeko aukera izan dugu eta nik, gaur ere, zoriondu nahi dut Departamentua, benetan, arlo honetan egiten ari zareten lan guztiarengatik, hain zuzen eta bereziki, Behatokiaren ekimen zehatz honengatik eta, oro har, bai osasunaren promozioan, bai prebentzioan, bai osasun desberdintasunen arloan hartzen ari zareten neurri guztiengatik.

> *[Muchas gracias, señora Presidenta. Quiero darles la bienvenida, de nuevo, al señor Consejero, a la señora Pérez Jarauta y a las otras dos personas que hoy tenemos aquí con nosotros. El pasado 4 de octubre, aunque fuera de manera transversal, en la presentación del primer Plan sobre la salud pública ya hablamos del Observatorio. Hoy hemos tenido la oportunidad de conocerlo más en profundidad y hoy también quiero felicitar al Departamento, de verdad, por todo el trabajo que están realizando en este ámbito, concretamente, por la iniciativa concreta del Observatorio y, en general, por todas las medidas que están tomando en la promoción y prevención de la salud y en el campo de la desigualdad en salud.]*

La señora Pérez Jarauta en su intervención decía también que uno de los objetivos de la legislatura es reducir las desigualdades en salud. Creo que no solo el tema del Observatorio, sino que creo que hay un planteamiento transversal dentro de las acciones que va a llevar a cabo o que está llevando a cabo el Departamento de Salud, pero creo que el Observatorio es una pieza nuclear. Atajar las desigualdades en salud implica, como se ha comentado muchas veces, la creación del Consejo Interdepartamental, que es también un factor importante siguiendo la línea de la salud en todas las políticas. Creo que hablar hoy de inteligencia sanitaria, de coger los indicadores aislados que muchas veces de manera aislada no tienen

sentido y no ayudan demasiado a adoptar políticas que sirvan realmente para mejorar el nivel de salud de la población, creo que es importante partir de esa base. Al analizar los determinantes en salud, como comentábamos en la sesión anterior, vemos que según los datos hay un 60 por ciento de factores, que más allá de los factores genéticos y los factores relacionados con la asistencia sanitaria propiamente dicha, son factores socioeconómicos, que tienen que ver con la renta, con dónde se vive y cómo se vive, y también el género, la edad, etcétera, creo que con los estilos de vida, sobre todo, nos tiene que dar pistas sobre cómo actuar si de verdad creemos en las políticas basadas en la prevención.

A partir de ahí, trabajando no por intuición sino con datos reales y con la abstracción que pueden dar los estudios que se hagan por parte del Observatorio, creo que pueden salir cosas interesantes. Creo que trabajar por área geográfica, tal y como han planteado, es fundamental. En la sesión anterior también pusimos datos y han comentado los ejemplos de Glasgow, el Gran Bilbao o Barcelona, donde hay estudios en grandes ciudades, con unas muestras imagino que muy amplias, en una Comunidad como Navarra, zonas básicas que son pequeñas, me imagino que tiene más dificultad a la hora de extrapolar los datos. Sobre todo, si cogemos veinticinco indicadores, y que me imagino que es muy complicado seleccionar esos veinticinco indicadores, tengo dudas y les pregunto sobre las dificultades que se han encontrado o nos podemos encontrar en ese camino y qué criterios han utilizado a la hora de elegir esos indicadores, si se han basado en estudios que se han hecho en otros lugares o si se pueden considerar indicadores estándar o si han tenido que hacer un ejercicio de selección.

Como decían, creo que es importante definir el perfil de cada zona, sobre todo, por las oportunidades que da para poder trabajar dentro de cada zona conjuntamente todos los agentes implicados en el ámbito de la salud, incluidas las entidades locales y por fin revitalizar esos consejos de salud que creo que tienen que ser una pieza clave cuando estamos hablando cada vez más de la comarcalización de la atención sanitaria. Creo que va en la misma línea.

Después, tendré que cogerle de nuevo la palabra al señor Martínez. Dentro de los diversos temas que han puesto encima de la mesa, creo que el tema de la obesidad infantil, desde luego, es preocupante, sobre todo, con los indicadores de renta y zona. Creo que da mucho margen para trabajar, también con los activos en salud y qué tipo de políticas hay que potenciar en este plano. El tema de la cronicidad ya lo iremos desarrollando, pero el tema de género, en general, con diferentes enfermedades, pero también con el cáncer de pulmón. Creo que acabaremos la legislatura pensando, al menos, o habiendo dejado de fumar. Realmente los datos que han dado son llamativos, muy preocupantes y a una le dan qué pensar.

Para acabar, benetan zoriontzea nahi dut berriro. Uste dut benetan tresna interesgarri bat daukagula mahai gainean eta gogoratu nahi dut edozein modutan eragin ahal izateko ezin dugula faktore guztietan eragin, gogoratu behar dugulako bestelako legislaziorik ere badagoela, ez bakarrik Espainiako estatuan, baizik eta Europatik datorrena ere. Gero hitz egingo dugu lan eremuaren osasunaz, baina lan eremuarekin lotuta dauden faktore guztiak hor daude: lan eskubideen deserregularizazio gero eta handiagoa, prekarietate gero eta handiagoa edo lan erreformak gero eta bortitzagoak. Eta ikusiko dugu zer etortzen zaigun, baina horrek ere faktore sozioekonomikoen barruan badauka bere tokia. Horretan ere, seguraski, Osasun

Departamentu moduan lan osasunaren aldetik neurri batzuk har daitezke, baina beste faktore batzuk ez daude gure esku.

*[Para acabar, quiero volver a felicitarlos, de verdad. Creo que realmente tenemos una herramienta interesante encima de la mesa y quiero recordar que, de cualquier modo, a la hora de tener un efecto, no podemos influir en todos los factores ya que hay que recordar que hay diferentes legislaciones, no solo en el Estado español, sino también la que viene de Europa. Después hablaremos de la salud en el ámbito laboral, pero ahí están todos los factores relacionados con el ámbito laboral: la cada vez mayor desregulación de los derechos laborales, la cada vez mayor precariedad o las cada vez más severas reformas laborales. Y ya veremos lo que nos viene, pero eso también ocupa su lugar dentro de los factores socioeconómicos. Sobre eso también, seguramente, como Departamento de Salud se pueden tomar algunas medidas en lo que se refiere a la salud laboral, pero otros factores no están en nuestras manos.]*

Amaitzeko, animatu nahi dut gure esku ditugun erraminta horiek guztiak martxan jartzera, egiten ari den moduan. Seguru nago legegintzaldiak aurrera egin ahala, horren fruituak aztertzeko aukera izango dugula. Mila esker.

*[Para finalizar, quiero animar a poner en marcha todas esas herramientas que están en nuestras manos, como se está haciendo. Estoy segura de que a medida que vaya avanzando la legislatura tendremos la oportunidad de analizar sus frutos. Muchas gracias.]*

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Eskerrik asko. Por parte de Podemos-Ahal Dugu tiene la palabra el señor Couso.

SR. COUSO CHAMARRO: Hola, buenos días a todas y a todos. Estoy un poco sorprendido, como creo que se sorprendería cualquier persona a la que le explicáramos este Observatorio de Salud Comunitaria en Navarra que acabamos de crear y viera lo que contiene y qué tipo de herramienta es, y que preguntaría a ver si hasta ahora habíamos estado funcionando sin eso. Esa es la primera consideración que he sacado yo: qué tarde vamos. Y no vamos tarde en relación con el equipo que ha trabajado y ha hecho este trabajo, ya que lleva año y medio en el Departamento y para hacer una herramienta, una mirilla de precisión del calado que tiene esta, con los veinticinco indicadores que nos van permitir diagnosticar teniendo en cuenta los factores sociales, geográficos, económicos, educativos y todo tipo de factores. También nos permiten conocer cuál es la situación colectiva, comunitaria, en Navarra y eso nos va a llevar a retocar muchas cosas, seguramente, porque vamos a saber dónde estamos y desde qué tipo de campañas hay que hacer hasta nos puede llevar a modificaciones en la propia estructura del Departamento de Salud e incluso otras estructuras y políticas de otros Departamentos y otras áreas. Esta es una mirilla de precisión que vista así se antoja muy necesaria y poco explicable que no la hayamos tenido trabajada hasta ahora.

Por lo tanto, quiero agradecer el trabajo que se nos presenta y quiero preguntar a ver si realmente para que esta herramienta funcione el Departamento ha dotado a la misma, y entiendo que al Instituto de Salud Pública y Laboral que es donde se va a trabajar, de los recursos necesarios para que en todo momento esté actualizada y los gráficos bien leídos,

interpretados, y podamos ver a qué nos llevan estas lecturas y estas interpretaciones y que no pase como en otros observatorios de otras áreas donde a veces uno se encuentra datos que están muy desactualizados. Si realmente contamos con esos recursos para que una herramienta que a priori es buena funcione de verdad. Yo lo dejaría aquí. Nada más. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Por parte del PSN tiene la palabra la señora Chivite.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: Muchas gracias, presidenta. En primer lugar, quiero agradecer las explicaciones por parte del Consejero y de la Directora. Yo empiezo por un chascarrillo. Me llamó muchísimo la atención cuando el miércoles 23 de noviembre el Gobierno saca una nota de prensa diciendo que «el Gobierno de Navarra ha conocido en su sesión de hoy la puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria». 23 de noviembre. Pero el señor Martínez ya lo sabía desde un mes antes porque registró la petición de comparecencia el 29 de septiembre. Pensé entonces que el Gobierno se había enterado después de que lo supiera el señor Martínez. Sin más, es un chascarrillo.

A mí me parece una iniciativa magnífica, Consejero, de verdad. A mí me comunicaron compañeros de Asturias que venían a echarles una mano para la puesta en marcha. Creo que vinieron el 20 de septiembre y como ellos lo tienen desde el año 2011, les estuvieron aconsejando. A mí me parece una iniciativa magnífica desde el punto de vista de la salud, lo tengo que decir, pero también, por formación profesional como socióloga, me parece muy interesante poder conocer cuáles son las variables dependientes, las variables independientes, cómo afecta el nivel de renta a la mala salud y a la obesidad infantil, cómo está relacionado el género y la salud. Hay estudios impresionantes, maravillosos, con el tema de género y salud, de cómo las mujeres tenemos mayor esperanza de vida, pero vivimos más años con una mala calidad de salud. Hay muchísimos estudios en género y salud y me parece que en Navarra tendríamos que profundizar en estos datos y en cómo el origen también influye en la salud de las personas, mejor o peor salud.

Como digo, me parece una magnífica iniciativa que tiene que ir acompañada de unas buenas herramientas informáticas. No sé si en estos momentos el Servicio Navarro de Salud tiene unos buenos soportes como para hacer estudios en profundidad al respecto de esto. Yo lo que tengo claro es que para que este Observatorio tenga un buen planteamiento y para asegurarnos su éxito debe trabajar en coordinación con los distintos sectores, ya sea educación, transporte, igualdad, obras públicas o desarrollo económico. Creo que tiene que trabajar de la mano de todas las áreas, pero me parece fundamental que para el buen fin de la actuación se reactiven los Consejos de Salud. Es fundamental, pero los Consejos de Salud están muertos, no se reúnen. Pasan legislaturas enteras en los ayuntamientos sin reunir los Consejos de Salud. Es en los Consejos de Salud y en las zonas básicas de salud donde se tienen que hacer planes locales de salud. Esas transferencias que hacemos a los ayuntamientos para promoción de la salud tienen que ir orientadas en los planes locales de salud para ser más eficaces y más eficientes en las acciones de mejora de la salud de la población y, por lo tanto, darles los recursos necesarios y orientar las acciones a las necesidades que hayamos detectado. Desde luego, con el objetivo último que tiene que ser la búsqueda de equidad y terminar con las

desigualdades en salud y, por supuesto, evaluar aquellas acciones y aquellos planes locales de salud y cómo funcionamos.

A mí me preocupa una cosa: estas personas que se quedan fuera, que no entran en los servicios de salud, que seguramente son personas con inferior renta y que están fuera de cualquier red –porque también hay y en los pueblos pequeños es más fácil detectarlo–, ¿cómo actuamos con ellos? Es verdad que el Observatorio nos dará luz sobre quién no entra, pero actuar sobre ellos y ellas me parece más difícil. Creo que ahí es donde podemos detectar incluso mayores desigualdades en salud. Por lo tanto, quiero felicitarles por la puesta en marcha del Observatorio ya que me parece una herramienta magnífica para actuar en las desigualdades en salud, para saber cómo estamos y, sobre todo, para tener unos objetivos claros a nivel local y hacer unos buenos programas de promoción de la salud. Nada más y muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Antes de dar la palabra al señor Nuin, y hablando de salud, me ha comentado el señor García que se encuentra malo y que por eso no ha podido acudir a la Comisión. Ahora sí, tiene la palabra el señor Nuin por parte de Izquierda-Ezkerra.

SR. NUIN MORENO: Muchas gracias, señora Presidenta. Mis deseos para que se recupere cuanto antes. Muchas gracias por la información. Valoramos la puesta en marcha de este Observatorio y el trabajo que supone de forma muy positiva porque creemos que es una herramienta o un instrumento que puede ser muy útil para conocer y, a partir de ahí, planificar la salud, la atención sanitaria, la respuesta sanitaria pública a los problemas de salud que se presentan en la sociedad y en las diferentes realidades sociales, por territorio, por hábitos, etcétera, que tiene nuestra sociedad.

A nosotros nos parece que es una herramienta o instrumento muy válido y, como ha dicho algún otro portavoz, lo llamativo es que no se haya puesto en marcha antes. Pero, en todo caso, se pone en marcha ahora y tal y como se nos ha presentado con este trabajo que es muy importante lo que conlleva, debe servir para que los planificadores, para que los responsables de tomar decisiones lo hagan con muchos más elementos de juicio para acertar y definir bien las políticas de salud.

Por lo tanto, quiero agradecer este trabajo y valorar positivamente y felicitar por la puesta en marcha. Estaremos al tanto, cómo no, de toda la información, todos los estudios y todos los análisis que a partir de este Observatorio se puedan realizar.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Ahora tienen ustedes la palabra para contestar a las preguntas que les hayan formulado.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Sobre todo, quisiera agradecer las aportaciones de todos los portavoces y el apoyo que han ofrecido para el desarrollo y para que este Observatorio, que en este momento comienza su andadura, llegue a buen puerto.

La verdad es que es una herramienta potente y es interdepartamental, no puede ser de otra manera. Tiene un planteamiento sencillo, pero complicado de implementar porque lo que se pretende es saber cuál es el estado de salud por zonas, qué relación tiene ese estado de salud

con las distintas desigualdades y qué recursos hay en cada zona como para solucionar las desigualdades y, por lo tanto, influir en la salud de esas zonas. Por lo tanto, con un planteamiento sencillo, insisto, pero complicado de implementar.

Antes de darle la palabra a la señora Pérez Jarauta para que entre en aspectos más técnicos, me gustaría aclararle el tema un poco a la señora Chivite. La creación de este Observatorio se dio a conocer en verano, en la presentación del Plan de Salud aquí, en esta Cámara. Eso debió de suscitar el interés del señor Martínez. Para entrar en detalles más técnicos le cedo la palabra a la señora Pérez Jarauta.

SRA. DIRECTORA GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (Sra. Pérez Jarauta): Yo también querría agradecerles realmente las aportaciones y las preguntas, que tienen entidad. Querría comentarles que me alegro mucho de que les parezca un buen instrumento porque a nosotros en Salud Pública es uno de los proyectos nuevos que más nos ilusiona porque somos muy conscientes, como creo que todos, de que nos va a generar muchas ventajas para afrontar la salud de la ciudadanía navarra. Habrá que ir viendo a qué contribuye, pero como procesos a los que va a empezar a contribuir ya y está contribuyendo, es una herramienta muy potente. De las más potentes que hay hoy en Salud Pública. Por eso nos hace especial ilusión y especiales ganas, como al señor Cambra que está aquí y que es el Jefe de Servicio de donde se incluye el Observatorio y ha trabajado muchísimo junto al resto de los profesionales.

El señor Cambra y yo compartimos mucho esas ganas y esa ilusión de llevarlo adelante, que no es fácil porque entre algunas de las cosas que salían, efectivamente, ¿qué indicadores hay que seleccionar? Para áreas tan pequeñas no es un proceso baladí. Se han seleccionado por parte de un grupo de trabajo amplio que incluye profesionales del Departamento de Salud, se ha consultado a profesionales del Servicio de Estadística, se ha hablado con el Observatorio de la Realidad Social, con Educación, etcétera. Es decir, con distintos tipos de fuentes, con datos estatales, europeos, y distintas estructuras que nos pueden aportar datos, como les he indicado en la primera transparencia, el Observatorio galés, el escocés, el de Wisconsin y el de Asturias.

Como decía la señora Chivite, pedimos ayuda al Observatorio de Asturias y estuvo el señor Cofiño un día entero ayudándonos un poco en cómo transportar algunas de sus cosas a Navarra. Ellos dan otro tipo de datos, pero el nuestro, con datos tan pequeños, es un poco distinto del asturiano. El asturiano hace mapas de perfiles por cada indicador, con lo que es más comparativo y tiene muchas ventajas, pero tiene también la desventaja de que cada ayuntamiento o concejo ve que está en esperanza de vida menor que el de al lado y van al Departamento a preguntar por qué tienen menos. De cierta manera. Produce cierta irritación. Nosotros hemos optado por perfil global, porque se puede estar mejor en esperanza de vida, pero peor en otros indicadores y viceversa. Por lo tanto, es importante el aspecto global, y así funcionan el galés y el escocés. Esto también es un poco chascarrillo.

Quería decir que para que tenga rigor, el proceso de selección de indicadores ha durado tiempo, ha sido muy trabajoso y el señor Cambra ha formado parte de él. A nivel general, podemos decir que con carácter general para emplear unidades geográficas pequeñas hay que cumplir tres requisitos: se debe disponer de datos para crear el nivel al nivel de desagregación

deseado –si no se tienen datos a nivel de zona no tiene sentido–, el tamaño de la unidad geográfica tiene que permitir acumular un número de efectivos suficientes para que los análisis estadísticos sean fiables y las diferencias significativas sean hechas con rigor, y el uso debe responder a que eso sirva a los agentes locales y a sus preferencias y a lo que sería útil para trabajar. Con todo eso encima de la mesa, que es verdaderamente ingente el trabajo que se hace ahí de cruces de análisis de datos, es con lo que se han elaborado esos veinticinco indicadores. Estamos viendo los de cada zona básica, pero puede ser que al ir a la «n» pequeña haya alguno que se tenga que elaborar sin remedio en una zona básica y en la de al lado, y que sea el mismo. Con eso nos vamos a encontrar seguro porque hay zona de salud en Navarra, como en el Pirineo, que son muy despobladas. Entonces, en algunas zonas va a haber el mismo indicador porque está calculado para más de una zona. Pero los que se han seleccionado, se han seleccionado por esos criterios.

Aquí quería enlazar con lo que planteaba el señor Couso y también, en parte, la señora Chivite, de qué es lo que había y qué recursos necesitamos para que esto siga funcionando. Realmente lo que se hizo fue transformar una sección que se llamaba enfermedades transmisibles y en la que existían registros muy buenos y muy fiables de mortalidad y de las principales causas de morbilidad, cánceres, enfermedades cerebrovasculares, ictus, enfermedades cardiovasculares, infartos y diabetes. Se transformó eso en lo que es el Observatorio. A nivel de recursos ha supuesto que se hayan puesto ya desde el 2016 en capítulo uno como recursos, dos profesionales más, una proveniente del mundo de la estadística y otro de la sociología. Se han incorporado recientemente porque no había listas. Ya saben que los procesos de contratación de personal a veces son lentos y más complejos de lo que uno espera en principio. Pero también hemos podido ser más efectivos con los profesionales que ya teníamos allí trabajando y hacer repartos de tareas. De manera que hemos aprovechado mejor los recursos existentes, se han aumentado esos dos y el año que viene en el anteproyecto de presupuestos se aumenta uno o dos recursos más y también se ha previsto una partida de 150 000 euros –ya que no había nada, era de cero– básicamente para profundizar en estudios de desigualdades. Eso requiere recursos económicos y a veces hay que hacer contrataciones a terceros para hacer ese tipo de estudios, aunque sean dirigidos claramente desde la estructura pública. También los sistemas informáticos son adecuados, pero hay algunas cosas que tenemos presupuesto para mejorarlas en capítulo dos.

En cuanto a las personas que se quedan fuera, efectivamente, sabemos que hay personas que se quedan fuera. ¿Qué ventaja tiene el tener inteligencia local a ese nivel? Que las personas que no van a los servicios de salud puede que vayan a los servicios sociales o a las entidades sociales. Es a todos ellos, o a las entidades sociales o a las entidades de vecindad o puede que vayan al polideportivo, es decir, la multiplicidad de agentes locales que pueden trabajar ahí y desde los Consejos de Salud hace que pudiera ser mucho más accesible el trabajo en reducir las desigualdades sociales. Estoy de acuerdo con lo que se plantea. Creo que no me dejo anda más.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Antes de pasar al segundo punto en el orden del día, vamos a hacer un receso de cinco minutos para que el Consejero se vaya. Vamos a fumar en la ventana. Levantamos la sesión y volvemos en cinco minutos.

(Se suspende la sesión a las 10 horas y 34 minutos)

(Se reanuda la sesión a las 10 horas y 43 minutos)

**Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Directora Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra para explicar el Plan de Acción de Salud Laboral.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Reanudamos la sesión con el segundo punto del orden del día, la Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Directora Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, la señora Pérez Jarauta, para explicar el Plan de Acción de Salud Laboral. También nos acompaña el señor Moreno, al que damos la bienvenida, que es el Jefe del Servicio de Salud Laboral. La comparecencia ha sido solicitada por Euskal Herria Bildu, Geroa Bai, Podemos e Izquierda-Ezkerra. ¿No van a intervenir? Le damos la palabra a la señora Pérez Jarauta.

SRA. DIRECTORA GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (Sra. Pérez Jarauta): Egun on guztioi. Ahora nos corresponde presentar el Plan de Acción de Salud Laboral 2016-2019. Lo primero que quería comentar a este respecto es que me acompaña el Jefe de Servicio de Salud Laboral, el señor Moreno, y que, si les parece, compartiremos la comparecencia y la exposición entre los dos.

Como probablemente sepan, existe un Plan de Salud Laboral que se aprobó en 2015, el tercer Plan de Salud Laboral. Tenía unas líneas de actuación que eran estas que ven ahí: desarrollo de la cultura de la prevención, potenciar el cumplimiento real de la legislación de la prevención de riesgos laborales, promover la mejora de las condiciones de trabajo y la prevención, fortalecer el papel de los interlocutores sociales, mejorar el conocimiento y difusión sobre los riesgos y perfeccionar la formación en prevención. Esto expresado en grandes líneas.

¿Qué ocurría con este tercer Plan de Salud Laboral? Que no incluía un Plan de Acción. Un Plan de Acción se caracteriza, según todos los criterios técnicos al respecto, por tener prioridades claras, por tener objetivos y acciones en los que claramente se defina quién es responsable de esos objetivos y esas acciones, qué cronograma tiene y qué recursos se adjudican al cumplimiento de esos objetivos y esas acciones. También por tener indicadores de evaluación, a lo que hacíamos alusión en la anterior comparecencia, que son fundamentales en todos los planes y programas de los que hablemos porque si no, no sabemos qué resultados estamos consiguiendo y en qué estamos invirtiendo bien los recursos y estamos gastando bien el dinero público, en definitiva.

Entonces, a partir de ese tercer Plan de Salud Laboral, se inició un proceso de elaboración del Plan de Acción. Esa fue nuestra primera decisión en este tema de salud laboral. Primero se priorizaron las medidas que incluía el Plan de Salud Laboral con un proceso participativo que incluyó a todos los agentes sociales y que, de hecho, se aprobaron por parte del Consejo de Salud Laboral justo antes del verano. Después del verano, se ha realizado un análisis profundo y una investigación rigurosa sobre los grupos diana prioritarios para las distintas medidas, programas y actuaciones posibles de este Plan de Salud Laboral. También se estudió la situación actual, cómo estábamos en el Servicio de Salud Laboral y en otras estructuras administrativas del Gobierno para afrontar ese Plan de Acción y qué necesidades estratégicas

teníamos ahí, cuáles eran nuestros puntos más fuertes y nuestros puntos más débiles. Y, por fin, un proceso participativo de programación que ha sido desarrollado por grupos de trabajo técnicos e interadministrativos, de las tres administraciones: el Servicio de Salud Laboral del Instituto de Salud Pública y Laboral, la Dirección de Desarrollo Económico, industria y Trabajo del Departamento de Desarrollo Económico y las estructuras del estado correspondientes, especialmente, la Inspección de Trabajo.

Entre las tres estructuras administrativas se han diseñado los programas y subprogramas para convertir el tercer Plan de Salud Laboral existente, aprobado en 2015, en un Plan de Acción que realmente pusiera las prioridades y los acentos y redirigiera todos los recursos hacia los mejores objetivos y las prioridades más necesarias ahora mismo. En ese sentido, se han definido los programas y subprogramas que contiene este Plan de Acción.

Lo que quería comentarles antes, que está aquí escrito en letra un poco pequeña, es que lo que les presentamos aquí es el Plan de Acción –que es este taco gordo que tengo aquí– que se presentó al Consejo Navarro de Salud Laboral hace dos semanas y que está pendiente de aportaciones para su aprobación el 19 de diciembre. Lo que les presentamos es lo que le presentamos al Consejo Navarro de Salud Laboral. Han llegado ya aportaciones, por ejemplo, de la Inspección de Trabajo, de Comisiones Obreras y van a llegar las de UGT. No modifican sustancialmente lo que vamos a plantearles, pero que sepan que la comparecencia es hoy y este es el momento en el que está el Plan.

Estos son los programas y subprogramas prioritarios que, como ven, ya contienen prioridades y objetivos en sí mismos. El primero, como no puede ser de otro modo, es la disminución de accidentes. Estudiando las poblaciones diana, estas son las cinco prioritarias: industria, construcción, forestal –saben que el último parte de los muertos que hemos tenido últimamente era en el ámbito forestal, con el que no se había trabajado hasta ahora prácticamente–, seguridad vial y transporte. El segundo programa, por su prevalencia y su importancia en la accidentalidad, es la prevención de los trastornos musculo-esqueléticos. El tercero es la mejora de la gestión de riesgos higiénicos, donde se agrupa todo lo que tiene que ver, por ejemplo, con cancerígenos, que hoy es un tema fundamental. Le sigue la detección de riesgos y daños psicosociales que, como saben, es emergente, ya que son riesgos y daños emergentes y a los que hay que dedicar especial atención.

El quinto programa es la disminución de la exposición en grupos de especial vulnerabilidad y ahí hay cuatro subprogramas en atención al estudio que se ha hecho de las poblaciones diana prioritarias: maternidad –donde todavía hay bastante que trabajar–, trabajadores autónomos –el último muerto que tuvimos en un accidente laboral era un trabajador autónomo, que están en una situación de mayor vulnerabilidad por la legislación y por otros factores respecto a la protección y prevención de riesgos laborales–, personas de especial sensibilidad y la edad. Las estructuras europeas dedican a la edad su campaña bianual, a las adaptaciones de los puestos de trabajo conforme vas teniendo mayor edad porque se requieren, porque hay una pequeña pérdida de capacidades, y también para prevenir enfermedades crónicas en el futuro. Se plantean varias medidas interesantes y el otro día hubo una jornada a la que vinieron buenos expertos nacionales sobre eso.

Luego, los otros cuatro programas, en realidad son programas transversales. Los cinco que les he comentado son programas dirigidos a poblaciones diana, pero esto son programas transversales que son útiles para mejorar todos los anteriores. Uno es el de vigilancia de la salud y vigilancia epidemiológica. Nos hemos encontrado una situación de pocos registros en salud laboral y necesitamos más datos para trabajar mejor. Esto se relaciona, en parte, con la comparecencia anterior. El séptimo programa sería la mejora del sistema preventivo que, de igual modo, no existe ningún registro que diga qué empresas tienen qué sistemas preventivos y qué planes de prevención tienen. Eso es fundamental para trabajar con rigor y para dirigir los recursos allá donde sea importante. Hay menos trabajo del que nos gustaría con los servicios de prevención. Por lo tanto, en modalidades preventivas y gestión de riesgos. Como no podía ser de otra manera, el octavo es la formación e información de los agentes implicados, que se planteaba claramente en el Plan de 2015. Y el noveno es reforzar mucho la colaboración interinstitucional y potenciar los sistemas de información que, como salía en la anterior comparecencia, son fundamentales.

Para finalizar y cederle la palabra al señor Moreno, quiero decir que todos los programas y subprogramas contienen estas etapas: introducción y análisis de la situación –por qué se plantea ese programa o subprograma–, qué poblaciones diana contempla, qué objetivos y metas tiene, qué acciones, cronogramas y responsables tiene, y qué indicadores de evaluación se determinan.

Ahora el señor Moreno les explica específicamente los objetivos y acciones clave, a nuestro juicio, de algunos de esos programas. Con el acuerdo con los agentes sociales en el Consejo Navarro de Salud Laboral, ellos fundamentalmente aportaban sus priorizaciones de objetivos clave y acciones clave. Con lo cual, es posible que a algunas de estas claves, a algunos de estos objetivos o acciones, se les dé una importancia diferente visto eso.

SR. JEFE DEL SERVICIO DE SALUD LABORAL (Sr. Moreno Suescun): Egun on denoi. Barkamena eskatu nahi dizuet transparentziak erderaz besterik ez daudelako.

> *[Buenos días a todos. Quiero disculparme porque todas las transparencias están únicamente en castellano.]*

En principio, todas y todos los presentes sabemos que a partir de 2012 están incrementándose de nuevo los accidentes laborales y hay diferentes teorías sobre las razones que lo determinan. La parte empresarial, sobre todo, dice que estamos en una fase del ciclo económico ascendente, de mayor actividad, y esto determina el incremento de los riesgos. Por otra parte, las organizaciones sindicales nos dicen que, a su entender, hay una asociación directa con la desregulación del mercado de trabajo y la precarización. Por último, algunas y algunos también opinamos, además de estar de acuerdo con las dos interpretaciones o teorías anteriores, que está habiendo también una desregulación del sistema preventivo. Se ha pasado de que en las empresas de menos de diez trabajadores podría ser el propio empresario el que se hiciera cargo de la prevención a empresas de menos de veinticinco trabajadores. Esto supone una parte importantísima, más de la mitad de los trabajadores y trabajadoras del Estado. Esto se hace porque se entiende que aproximando los recursos preventivos a la empresa va a mejorar su eficacia. El tema es si estos empresarios están capacitados como para actuar técnicamente

en la prevención de riesgos. Es una duda que tenemos y que tenemos que explorarla y tener respuestas ante esa duda.

En cuanto a las poblaciones de este programa de reducción o de contención de accidentes, podemos debatir si lo que aspiramos es a reducir las tasas cuando están aumentando o aplanar la curva ascendente ya que las condiciones de trabajo, la legislación básica laboral, etcétera, no dependen de nuestras actuaciones, sino de las actuaciones del Gobierno central o de otras Administraciones o de los propios empresarios o de la fortaleza sindical en las empresas. Es decir, hay muchísimas variables que nosotros no podemos controlar. En cualquier caso, nos parece que vamos a plantearnos de una forma conservadora de, al menos, contener el incremento de estos accidentes. Vamos a impulsar también visitas de asesoría y control en las empresas. Había una de las líneas estratégicas que se señalaban de que la plasmación de la legislación sea real, no formal, no documental, que es lo que se tiene hoy en día. Una cosa es tener papeles y otra cosa son las condiciones de trabajo, por lo que nosotros vamos a intentar mejorar esas condiciones de trabajo en la medida de lo posible, desde una campaña de visita a las empresas, control y conocimiento de la situación y de habilitación de los recursos necesarios para mejorar las condiciones de trabajo.

También nos parece que, dado el modelo de desarrollo económico, hay que fortalecer la coordinación interempresarial, dada la subcontratación generalizada, por ejemplo, en construcción o en otros ámbitos relacionados con la industria. Creemos que la participación de los delegados y delegadas de los trabajadores es una pieza nuclear de cara a mejorar las condiciones de trabajo. Vamos a apoyar a estos delegados y delegadas en todo lo posible en su formación, en la respuesta a las consultas que formulen, etcétera. Y, como bien se ha dicho anteriormente, vamos a desarrollar una campaña de formación, información permanente e investigación para saber realmente cuál es la situación dado que, como bien se ha dicho, no tenemos registros sobre muchas cuestiones. No sabemos ni qué servicio de prevención o qué modalidad preventiva tienen las empresas. Estos recursos técnicos son los que van a interpretar y van a asesorar a los empresarios de cómo abordar los riesgos. Por lo tanto, tenemos que compartir con estos recursos técnicos lo que nosotros pensamos que es lo más eficiente o lo más eficaz en materia de corrección o mejora de las condiciones de trabajo, corrección de conocimiento y corrección de riesgos.

En cuanto a las acciones clave dentro de este programa que, como bien se ha dicho, tiene diversos ámbitos y diversas poblaciones seleccionadas, como son industria, construcción, forestal, etcétera, vamos a hacer una campaña específica para conocer e impulsar la mejora de las condiciones del trabajo. También vamos a mejorar los sistemas de información habilitando registros de empresa en modalidades preventivas y planes de prevención. Vamos a elaborar alertas con todas las cautelas legales posibles cada vez que ocurra un accidente laboral grave o mortal en la construcción. Bien es verdad que queda sub iúdice, por lo que hay que medir bien hasta qué punto podemos dar información, pero sí que queremos que dado que lamentablemente ha sucedido un daño grave o la muerte de un trabajador, que eso nos pueda ser útil para que situaciones similares sean evitadas o atendidas. En el programa forestal pretendemos también integrar el Guarderío Forestal en la vigilancia de las condiciones de trabajo de los trabajadores forestales de la estación de la madera. Son ciento y pico guardas

forestales a los que vamos a formar y nos van a informar de cuando ellos observen o vean situaciones que puedan poner en riesgo a los trabajadores de esta actividad económica.

Por otro lado, junto con Inspección del Trabajo se ha acordado exigir a estas empresas la presencia de un recurso preventivo, un técnico preventivo, cada vez que se vaya a extraer madera, dada la peligrosidad de esta actividad, en tanto en cuanto consideramos que es una actividad en la que existe un riesgo grave inminente de accidente en esta actividad. También vamos a impulsar, de acuerdo con las empresas de esta actividad, la constitución de un Servicio de Prevención Mancomunado. Vamos a intentar que los recursos preventivos habilitados no sean ajenos, como son actualmente, y no pisen los tajos. No saben ni dónde se extrae la madera. Esa es la situación actual, por lo que vamos a intentar que se mancomunen para tener recursos específicos propios y conocedores del grave riesgo.

Sobre seguridad vial, se va a visitar las empresas que tienen muchos desplazamientos dentro del horario de trabajo, como las empresas de logística o las empresas de aprovisionamiento de bienes. También se va a impulsar que las empresas, tal y como mandata la ley, analicen los factores laborales que determinan los accidentes tanto en el tiempo de trabajo como en ir y volver del trabajo, para ver qué elementos laborales se pueden corregir o se puede programar la corrección de estos accidentes que, lamentablemente, creemos que son escasamente investigados. Los demás también, en general. En cuanto al transporte, se suele ligar a seguridad vial, pero solo el doce y pico por ciento de los accidentes de transporte están asociados al desplazamiento. Son otro tipo de problemas, como el cargar y descargar, subir y bajar del vehículo, etcétera, los que determinan la mayor parte de los accidentes. Pero también tiene otros riesgos de movimientos repetidos, de otra naturaleza psicosocial, de horarios de trabajo, etcétera, que habría que abordar. Desde este programa se van a implementar unos planes de prevención que no solo se focalicen en el accidente vial, sino en todo el tipo de riesgos que tienen estos trabajadores.

En cuanto a los trastornos musculo-esqueléticos, sabemos que el 40 por ciento de los accidentes son por sobreesfuerzos y, por otra parte, es el 90 por ciento de las enfermedades profesionales notificadas en un sistema estatal de comunicación. El programa va a promover procedimientos que simplifiquen la gestión de los riesgos y que vayan hacia una identificación frente a la evaluación. Las evaluaciones de riesgos ergonómicos son muy complejas y requieren de tiempo. Lo que pretendemos es que se simplifique de cara a adelantar temporalmente la corrección de los factores o los problemas que explican este tipo de daños. También se quiere que haya una investigación del origen de estos daños. Hemos dicho que constituyen el 40 por ciento de los accidentes y el 90 por ciento de las enfermedades profesionales, pero, sin embargo, dudamos de que realmente se investigue y esa investigación nos informe de los factores estructurales que determinan este tipo de daños. Se hace, pero creemos que insuficientemente. Por último, desde este programa, conjuntamente con el Plan de Actuaciones de Inspección del Trabajo, en el 2017 se van a acordar criterios respecto qué se va a exigir a las empresas a la hora de investigar este tipo de riesgos.

En cuanto a los riesgos higiénicos, hablamos de ruidos, vibraciones, radiaciones ionizantes o no ionizantes, riesgos químicos, riesgos biológicos, etcétera. Es un campo muy amplio y afecta a múltiples sectores como el del metal, construcción, tratamiento de residuos, silvicultura,

etcétera. El objetivo de este programa es centrarnos en lo más peligroso: en los cancerígenos, mutágenos y tóxicos para la reproducción. A raíz de este programa, se pretende realizar visitas de control en las empresas donde conozcamos, con base a la evidencia científica, la presencia de este tipo de productos y sustancias, de cara a acordar con los servicios, con los recursos preventivos y con las empresas la aplicación de la normativa a la mejora de la gestión de este tipo de riesgos.

En cuanto a los riesgos psicosociales, ya se ha señalado que son riesgos que van en aumento y que afectan prácticamente de forma transversal a todo el sector de los servicios, a las actividades más feminizadas y a las ocupaciones de menor nivel en el rango ocupacional. Desconocemos en qué medida puede afectar a las trabajadoras y trabajadores autónomos. En cualquier caso, este programa lo que pretende es mejorar la gestión de estos riesgos, que es absolutamente insuficiente, a diferencia de otros riesgos que tienen más tradición. Hay estudios que muestran que estos riesgos se atienden un tercio respecto al resto de riesgos como el de seguridad o los ergonómicos. Queremos ayudar a la detección y afloramiento de los daños derivados de este tipo de exposición, tanto por motivos organizativos como por motivos relacionales, de cara a que se reconozcan oficialmente este tipo de daños que hoy en día solo se reconocen numéricamente de forma escasa después de un peregrinar jurídico o judicial donde se reconoce que es un accidente de trabajo. Esto hay que normalizarlo respecto al resto de riesgos.

Por primera vez, vamos a ofertar nuestra participación del Servicio de Salud Laboral en las Comisiones de investigación de conductas hostiles, sobre todo acoso moral y acoso sexual, para que haya una figura independiente en estas Comisiones. Esto es más difícil en las empresas pequeñas ya que no tienen recursos y de existir, los recursos preventivos son más escasos. Entonces, creemos que la Administración Pública puede jugar un papel importante, por lo menos en la primera fase, en la atención a este tipo de riesgos. En el programa también se plantea el habilitar recursos para mediación antes de situaciones de conflictos crónicos mantenidos, no resueltos, porque nos parece que hay una desconfianza por parte de los trabajadores y trabajadoras hacia los recursos preventivos contratados por la empresa. Por último, se va a impulsar la investigación de aquellas situaciones en las que subyazca en la explicación del daño o se sospeche que ha habido fenómenos de violencia.

Se ha comentado que vamos a atender desde este Plan de Acción a los grupos vulnerables. Aquí vamos a hablar de trabajadores con especial sensibilidad definidos por la ley, de los trabajadores y trabajadoras de mayor edad, de las situaciones de embarazo o lactancia materna y de las trabajadoras y trabajadores autónomos en tanto en cuanto entendemos que son vulnerables porque la ley de prevención y su desarrollo normativo no los protege. Entonces, según la Ley del Estatuto de los Trabajadores Autónomos, corresponde a las Administraciones Públicas en la materia atender las necesidades preventivas de este colectivo. Estamos hablando de un 17 por ciento de la población laboral que hasta este momento entendemos que no ha estado suficientemente protegido o atendido en materia de exposiciones a riesgos y, como se ha dicho, tienen accidentes, enfermedades profesionales y otro tipo de daños también.

Volviendo a los trabajadores de mayor sensibilidad, este programa pretende que se dé una adaptación de las condiciones de trabajo a las capacidades de estos trabajadores y trabajadoras, entre las que se encuentran personas con determinadas limitaciones por motivos de salud, fundamentalmente, o porque hayan tenido algún daño o algún cáncer o alguna lesión musculo-esquelética y la vuelta al trabajo requiere, por lo menos temporalmente, de ciertas adaptaciones. Pues vamos a intentar ayudar en ese proceso y que realmente se dé. Desde este programa se va a posibilitar o se va a intentar una reincorporación laboral de estas personas de una manera progresiva. Esto no es fácil ya que la legislación española determina que o se está al cero o se está al cien por cien para trabajar. Sin embargo, muchos de estos trabajadores y trabajadoras podrían ir reincorporándose al trabajo, pero progresivamente, con una organización horaria de otra manera en su reincorporación. Vamos a intentar un ensayo, un estudio piloto, para posibilitar tener experiencia y ver las dificultades que tiene esto. Este tipo de reincorporación ya existe en otros países. El programa también quiere consensuar, elaborar y luego acordar con los recursos preventivos y con las empresas procedimientos y criterios de gestión de este tipo de colectivos.

En cuanto a las situaciones de embarazo y lactancia, tenemos un procedimiento muy desarrollado en diversas leyes para defender el derecho a la reproducción saludable. Afecta también al hombre, pero, sobre todo, a la mujer y vamos a hablar de la mujer. Por la experiencia creemos que estos procedimientos no se están aplicando adecuadamente, no hay puestos alternativos, no se produce primero la evaluación de riesgos del puesto ocupado por mujeres en edad fértil, embarazadas o en lactancia natural, no se adaptan los puestos, no existen puestos alternativos muchas veces, no se ha consultado a la representación sindical que por ley se tienen que habilitar estos puestos alternativos y, por último, a la hora de dar la prestación por parte de la Seguridad Social, se aplican unos criterios no compartidos, por lo menos, por el Servicio de Salud Laboral ni por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, que ha publicado unas directrices de evaluación de riesgos que resulta que no son tenidas en cuenta por parte de las mutuas que son las que dan esta prestación. Entonces, creemos que esto hay que resolverlo y ya hemos empezado a contactar a nivel estatal con el INS para hablar del tema y decirles que tiene que cambiar, que el INS no puede tener un acuerdo con las mutuas que no responde a la evidencia científica. Vamos a trabajar este tema.

Respecto a la edad, ya se ha dicho que hemos empezado a trabajar y a aplicar este programa para fomentar el envejecimiento saludable y para evitar enfermedades crónicas en edades avanzadas. Como acciones clave, ya se está desarrollando la campaña europea. Se ha hecho una primera jornada el día 22 de noviembre donde se ha hablado de las características propias y de los retos que nos plantea que la población laboral sea cada vez mayor. Además, este envejecimiento se está dando de forma acelerada. Se cree que se podría fomentar la mejora de las condiciones de trabajo de forma alineada con lo que hemos comentado y hasta que se haga una ley –como existe en otros países–, por lo menos, avanzar en la negociación colectiva de cara a permitir que los trabajadores y trabajadoras a partir de cierta edad puedan no tener que realizar turnos nocturnos dado que la capacidad de adaptación es bastante mala a partir de los cincuenta años.

En cuanto a las trabajadoras y los trabajadores autónomos, es un subprograma dentro de los colectivos vulnerables. Se plantea conocer y reducir la siniestralidad de estos trabajadores y

trabajadoras mediante la aplicación de lo que dice la norma en cuanto a competencias de la Administración para este colectivo, que es desarrollar de forma directa –o así lo interpretamos nosotros y ahí está la copia literal– lo que dice el artículo octavo de esta Ley. Lo que planteamos es que vamos a hacerlo en colaboración con las asociaciones de autónomos, en colaboración con otras Administraciones, con el Departamento de Desarrollo Económico. Inspección del Trabajo tiene un menor papel porque es un colectivo que escapa de alguna manera, excepto en la coordinación de actividades interempresariales, el resto no lo puedo abordar. Pero sí se puede desde la Administración Pública de Navarra. Somos responsables de la seguridad y salud de estos trabajadores y trabajadoras.

En cuanto a la vigilancia de la salud, creemos que hay una gran deficiencia, fundamentalmente, en lo referido a la vigilancia colectiva de los trabajadores y trabajadoras, ya que hacen los reconocimientos médicos individuales. Creemos que deben ser más específicos, tal y como mandata la ley, en función de los riesgos a los cuales está expuesta la población laboral, cada uno de los trabajadores y trabajadoras. Pero también se dice que deben presentar los datos, que deben tener una visión agregada, epidemiológica, estadística, de estos daños para permitir identificar riesgos que hayan pasado o que no hayan sido detectados en las evaluaciones de riesgo y, sobre todo, para planificar y marcar objetivos de cara a la programación preventiva de las empresas. Es algo que no se está haciendo y que creemos que hay que responder a ello y vamos a impulsarlo. Como acciones clave del programa, se plantea impulsar lo que plantea el artículo 5 de la Ley de Actualización del Cuadro de Enfermedades Profesionales, donde dice que aparte de los profesionales del sistema sanitario público, también los profesionales del servicio de prevención podrán comunicar a la autoridad competente, que en este caso es el Servicio de Salud Laboral, los casos en los que ellos hayan identificado daños que puedan venir del trabajo. Esto desconocemos si se está haciendo. En qué medida en otras comunidades autónomas a esto se le ha dado mucha importancia, como en Valencia o en la Comunidad Autónoma Vasca. Queremos conocer esas experiencias e intentar mejorar nuestro sistema –que ya es muy bueno– de detección de daños.

Ya han pasado diecinueve años desde que se estableció esta premisa, en 1997, de que los Servicios de Prevención deben comunicar o notificar al Servicio de Salud Laboral en nuestro caso, un conjunto mínimo de datos que nos permita saber a qué están expuestos los trabajadores. No lo sabemos más allá de la encuesta de salud laboral y condiciones del trabajo que se hace cada X años. Los Servicios de Prevención no nos tienen por qué enviar a qué está expuesta la población laboral, a qué riesgos y en qué medida está expuesta a los riesgos laborales. Es sorprendente, pero es así. Es decir, es un sistema privado que guarda en la relación de dos empresas toda esa información que desde un punto de vista de la salud laboral o de la salud pública es absolutamente necesaria de cara a programar y planificar intervenciones desde la Administración. Vamos a intentar avanzar en esto también y, probablemente, igual tiene que ser el Parlamento quien en su momento decida la habilitación de la normativa oportuna al efecto.

En cuanto a la mejora del sistema preventivo, vamos a mejorar el papel de la Administración Pública en la actuación preventiva directa en las pequeñas empresas respecto a las trabajadoras y trabajadores autónomos. Vamos a impulsar la mejora de la gestión preventiva de la que después hablaré y vamos a fomentar la participación de los trabajadores y

trabajadoras, porque los elaboradores y elaboradoras de este programa estamos convencidos de que es una pieza clave de cara a mejorar las condiciones de los trabajadores. También vamos a impulsar desde lo público la promoción de la creación de servicios mancomunados de prevención por parte de los entes locales y, como se ha comentado anteriormente, un registro donde podamos saber realmente qué recursos preventivos tienen las empresas y quiénes son, para poder dirigirnos a ellos según las poblaciones diana preferentes de actuación por parte de la Administración.

En cuanto a la mejora de la gestión de los riesgos, este programa pretende simplificar la gestión de los riesgos, empezando por la identificación de los problemas y, a partir de entonces, negociando con la representación sindical, la eliminación de dichos peligros que dice la ley o riesgos. Vamos a impulsar el uso de métodos simplificados y el programa también plantea la aplicación de métodos específicos frente a uno genérico que solo se utiliza en el Estado español. Es un método binario para estimar la magnitud de la exposición a los riesgos, pero en realidad creemos que es opinático, que es subjetivo, ya que lo aplican los técnicos y técnicas de prevención, pero carece del rigor y de la validación necesaria que se exige en cualquier procedimiento o método en cualquier área científica. Planteamos una permanente realización de jornadas, seminarios, talleres o lo que se considere más oportuno para acordar toda esta metodología con los recursos preventivos que están en las empresas.

En cuanto a la formación e información, no me voy a extender, pero quiero comentar que nos interesa y que ya se ha empezado a trabajar en abordar las etapas prelaborales con formación profesional, a acordar formar a los profesores de FOL, de una de las asignaturas transversales de todas las familias profesionales de formación profesional, para trabajar el tema de la prevención de una forma homogénea y actualizada. Eso ya se ha empezado a trabajar, del mismo modo que se ha empezado a trabajar con el Departamento de Educación. Desde este programa se plantea atender las necesidades preventivas de esos empresarios que se van a erigir en recursos preventivos en las empresas de menos de veinticinco trabajadores o trabajadoras. Y como se ha dicho, vamos a llevar una actuación permanente para todos los agentes preventivos, tanto de formación como de ayuda a la formación.

En cuanto a la colaboración interinstitucional, se ha considerado que su refuerzo y su estabilización –no que sea esporádico– son una necesidad. También el compartir los debates que hay en los múltiples grupos de trabajo en los que participamos a nivel estatal sobre muchas materias. Dar a conocer toda esa información a los agentes preventivos en Navarra de una forma más directa. De hecho, hay un boletín informativo que ya se distribuye de forma más amplia de lo que se hacía anteriormente y se va a seguir extendiendo esta información, incluyendo o valorando en ella esto.

En cuanto a la gobernanza y seguimiento del Plan, en el Plan se había planteado una serie de metas. Se ha pedido a los agentes sociales pertenecientes al Consejo Navarro de Salud Laboral que nos aporten sus propios criterios al respecto y también sobre los indicadores. Bien es verdad que esa falta de registros que decíamos que existe sobre la programación preventiva, sobre los recursos preventivos, sobre el estado de la cuestión en las empresas, determina que vamos a tener que trabajar en la elaboración de múltiples indicadores que no tenemos. Por otra parte, no hay series de todos esos indicadores, con lo que nos va a dificultar el primer año

el disponer de esos indicadores. Esos son para la acción y vamos a ir elaborándolos en la medida que nos sirvan y vamos a ir poniéndolos y quitándolos en la medida que nos sirvan para corregir lo que haya que corregir.

Quiero decir que ya se ha constituido algún grupo, como el forestal, concretamente, pero se plantea la constitución de múltiples grupos de trabajo con participación de los agentes específicos en función de cada uno de los programas y subprogramas. Esto está a la espera de su valoración y su debate en el próximo Consejo Navarro de Salud Laboral, que es el día diecinueve de este mes. Gracias.

SRA. DIRECTORA GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (Sra. Pérez Jarauta): Para cerrar, solamente querría decir una cosa. Estos objetivos y acciones son los que a nuestro juicio son claves pero que realmente es un documento muy amplio y muy complejo, difícil de resumir porque es del trabajo conjunto de más de treinta profesionales muy conocedores de las diversas materias y, por lo tanto, profundizan mucho en los detalles. También quería decir que hay un gran acuerdo en el Consejo Navarro de Salud Laboral de trabajar conjuntamente todos en el tema de la salud laboral y que, si les parece oportuno, luego comento los recursos económicos y de personal que se prevén para esto en el anteproyecto de 2017.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tiene la palabra el señor Martínez por parte de Geroa Bai.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Eskerrik asko, Pérez Jarauta anderea eta Moreno jauna, egin diguzuen aurkezpenagatik. Egia da txunditurik nagoela orain arte horrelako gauzak ez direlako egin eta zuek egiten hasi zaretelako.

> *[Muchas gracias, señora Pérez Jarauta y señor Moreno, por la exposición que han realizado. Es cierto que estoy perplejo de que estas cosas no se hayan hecho hasta ahora y de que ustedes hayan empezado a hacerlo.]*

Uno no puede más que mostrar su sorpresa –y digo sorpresa para que no se sorprenda la señora Chivite– por todo lo que quedaba por hacer después de tantos años y todo lo que se proponen hacer ustedes desde el Plan de Acción de Salud Laboral.

Hace poco tuvimos aquí al Consejero de Salud hablándonos de la seguridad del paciente y uno que es médico –y los médicos nunca dejamos de ser médicos, aunque nos dediquemos a otras cosas– y escuchamos aquí al señor Consejero hablando del tema de la seguridad del paciente gracias a un tema sobre el que la comunidad internacional y los gobiernos empezaron a preocuparse a raíz de la publicación de un informe que se llamaba «Errar es humano». En este se afirma que los errores nunca son aplicables a una única persona y que generalmente los errores son consecuencia de una cadena de pequeños factores que se van encadenando los unos a los otros. Visto lo que ustedes han presentado hoy aquí, también pienso que los fallos o las disminuciones en la salud laboral de los trabajadores y las trabajadoras seguramente se deben también a una cadena de pequeños o grandes factores que se van encadenando los unos a los otros. Por lo tanto, creo que hay una labor ingente.

Entre otras cosas, llama la atención que hubiera un Plan sin Plan de Acción, lo que es como un jardín con malas hierbas y sin jardinero o jardinera. Veo que en este momento tenemos jardineros y jardineras y que la intención es quitar malas hierbas. Además, es un Plan participado, lo que creo que es fundamental, no solo porque creemos en la participación, sino porque efectivamente son las personas más directamente implicadas en este tema quienes mejor conocen la situación.

Me ha llamado la atención tantas cosas que, seguramente, la presentación del Plan necesitaría varias horas, pero creo que las preguntas que podría hacerles también. Me ha llamado mucho la atención que, en un momento determinado, el señor Moreno ha dicho que quieren la plasmación real de la legislación y no solo la formal. Es decir, que si estamos en una situación en la que damos por buenas las leyes, pero no las cumplimos ni las plasmamos, tenemos mucho camino por recorrer. Que no haya un registro de datos fiable, porque lo que no se mide o lo que no se evalúa, únicamente puede empeorar. No sé, hay infinidad de cosas.

Me gustaría hacerle una pregunta al señor Moreno: ¿qué se entiende por factores cancerígenos? Porque con el tema de los cancerígenos últimamente hay líneas en las que todos los productos nuevos son cancerígenos por el principio de precaución. ¿En qué se van a basar al hablar de riesgos de productos cancerígenos? Ha habido tantas cosas, como el acoso laboral, la participación en problemas del acoso o la dificultad del reconocimiento de problemas o riesgos psicosociales como posibles problemas de salud laboral. Por último, me gustaría que comentara dos cuestiones. Por un lado, la necesidad de elaborar indicadores que, al parecer, hasta este momento son inexistentes o son muy diversos y no unificados, y me gustaría que incidiera un poquito más sobre esto. Por otro lado, el tema de los recursos, porque no sé si con los recursos materiales y humanos que en estos momentos tiene el Instituto de Salud Pública y Laboral todo esto va a ser posible.

Pero estamos convencidos de la importancia de este Plan de Acción de Salud Laboral y Geroa Bai está dispuesto a aportar su granito de arena en todo lo que fuera menester. Les felicitamos por la elaboración del Plan y les animamos a hacer de este Plan de Salud Laboral una realidad.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Eskerrik asko. Ruiz anderea, zurea da hitza.

*[Muchas gracias. Señora Ruiz, tiene usted la palabra.]*

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, Presidente anderea. Egun on guztioi, berriz ere. Oraingoan ongietorria eman nahi diot berriro ere Pérez Jarauta andereari eta Moreno jaunari. Informazio asko eman diguzue eta egia da zaila dela Ekintza Plan bat 20 minututan azaltzea. Nik uste dut argi gelditzen dela serioski lan egiten ari dela eta, hasteko, gogoratu behar dugula nondik gatozen. Uste dut ez dela hemen lan osasunaz hitz egiten dugun lehenengo aldia. Zuek aipatu duzue 2015-2020 Lan Osasuneko Plan horretatik, pasa den legegintzalditik zetorren horrretatik, gatozela, hori alde batetik. Legegintzaldi honetan bertan, Batzorde honetan, aztertu dugu lan baldintzen inguruko hirugarren inkesta. Maiatzean izan genuen horren inguruko saioa eta hortik ere etorri dira Plan honetan aurkeztu dizkiguzuen hainbat neurri eta hainbat ildo.

*[Muchas gracias, señora Presidenta. Buenos días a todos de nuevo. Esta vez quiero volver a darle la bienvenida a la señora Pérez Jarauta y al señor Moreno. Nos han dado mucha información y es cierto que es difícil explicar en veinte minutos un Plan de Acción. Creo que queda claro que se está trabajando de manera seria y que, para empezar, hay que recordar de dónde venimos. Creo que no es la primera vez que hablamos aquí de la salud laboral. Ustedes han nombrado que venimos desde el Plan de Salud Laboral 2015-2020, ese que viene de la anterior legislatura. Eso por un lado. En esta misma legislatura, en esta Comisión, hemos analizado la tercera encuesta sobre las condiciones laborales. En mayo tuvimos la sesión sobre eso y de ahí también han venido algunas medidas y líneas que nos han presentado en este Plan.]*

Horretaz gain, hirugarren hanka bat ere badago eta nik uste dut inportantea dela azpimarratzea. Zera da: Lan Osasuna eta Osasun Publikoaren lehenengo Plan horren baitan dena jasotzen dela eta txapel orokor horrek koherentzia eta zentzua ematen diola hemen planteatzen ari garen gai guztiari.

*[Además de eso, también hay una tercera pata y creo que es importante destacarla. Es la siguiente: dentro de ese primer Plan de Salud Pública y Laboral se recoge todo y que ese sombrero general le da coherencia y sentido a todos los temas que estamos planteando aquí.]*

Decía que en la comparecencia anterior hemos estado hablando también del Observatorio de Salud y estamos hablando de determinantes de salud y de reducir desigualdades de salud. Yo creo que a nadie se le escapa que cuando estuvimos tratando sobre la tercera encuesta de condiciones de trabajo era evidente –y se puso encima de la mesa– que los factores sociolaborales y las condiciones de trabajo también tienen incidencia en el nivel de salud general de la población. Y que también el determinante laboral, el contexto económico, el contexto laboral, aspectos que comentaba el señor Moreno, como la desregulación de los derechos laborales, de los sistemas de prevención, etcétera, lógicamente tienen incidencia.

Creo que se ha hecho un esfuerzo por reconducir aquel Plan 2015-2020 que creo que podemos denominarlo más como una declaración de intenciones, aparte de no incluir un Plan de Acción. A juicio de EH Bildu estaba basado en un modelo o en una parte que no compartimos, en lo que se refiere a la prevención de riesgos laborales. Es un modelo centrado exclusivamente en ese modelo de diálogo social excluyente y no siempre riguroso a la hora de invertir recursos y de evaluar los efectos venidos a inversión y los efectos de las medidas que se habían implementado. Creo que dentro del proceso de priorización que han realizado dentro del proceso de participación que todavía no ha concluido, creo que puede dar un resultado que pueda ser medible y evaluable. Creo que a lo largo de esta legislatura lo podemos ir viendo.

Antes de proseguir con el tema de la prevención, me gustaría comentar que cuando estuvimos hablando de la tercera encuesta de condiciones de trabajo y hoy ha pasado de refilón, pero sí que centramos una parte importante, sobre todo, lo que tenía que ver con los factores psicosociales, el tema de la perspectiva de género. Entiendo que dentro de una explicación que tiene que ser corta de algo muy amplio se ha pasado rápido, pero me gustaría saber si dentro del Plan de Acción si es un elemento transversal también a las diferentes líneas o si tiene un apartado específico.

Creo que lo que han comentado sobre todo en la prevención de riesgos laborales marca un antes y un después, o por lo menos intenta establecer líneas que puedan ser más productivas o más eficaces a la hora de atajar esos riesgos. En la comparecencia anterior hubo un dato que me llamaba mucho la atención y era que, dentro de la percepción que tenían los trabajadores y trabajadoras, en más del 50 por ciento de los casos donde se les habían evaluado los riesgos, no eran conscientes o al menos desconocían que la empresa había tomado algún tipo de medida para reducir esos riesgos. Entonces, por las líneas que han comentado, creo que con las visitas a empresas si se va a potenciar el tema de las pymes que hoy también volvía a salir, cuando es la mayor parte del tejido productivo en Navarra está basada en microempresas y pequeñas y medianas empresas y ahí también hacer un trabajo específico con el tema de las personas autónomas. Creo que también es llamativo que hasta ahora no se hubiera abordado el tema de las personas autónomas, ya que es un sector que abarca un porcentaje importante de la población activa en Navarra.

También me ha parecido muy interesante, dentro de los riesgos psicosociales a los que en la anterior comparecencia también le dimos bastante protagonismo, plantearse incluso poner recursos de mediación en determinados casos. Esto lo relaciono con lo último que quería comentar, y es que creo que la implicación directa de la Administración Pública en ámbitos en los que hasta ahora o no se ha incidido o ha quedado prácticamente a expensas del sector privado. En el Estado español es evidente que este tipo de servicios hablando de prevención ha estado privatizado durante mucho tiempo y creo que realmente el redirigir a la responsabilidad pública, el redirigir a fortalecer la figura del Instituto de Salud Pública y Laboral y, en concreto, todo el tema de salud laboral, es fundamental y es algo que creo nos debería congratular a todos aquí.

Para acabar, sí que me parece interesante, a la vista de los presupuestos que próximamente vamos a aprobar con las enmiendas que se han presentado por parte de los diferentes grupos, que es cierto que en este proyecto de presupuesto se ha recuperado una partida dentro de Desarrollo Económico para actuaciones prioritarias en materia de prevención de riesgos, con 1 100 000. De ahí, el cuadripartito hemos acordado una enmienda para pasar una parte de esa cantidad a reforzar en capítulo uno al Instituto de Salud Laboral. Y a mí me gustaría preguntarles –ya que han comentado que desde salud laboral y desde lo público es indispensable el apoyo a delegados y delegadas de prevención y de los trabajadores y trabajadoras– cómo podemos compaginar esa labor desde el ámbito de la representación sindical y empresarial y desde el ámbito de lo público, si es suficiente esa modificación en esa partida y si creen que tiene que tener más peso la parte pública de salud laboral. Creo que la línea está clara, pero otra cosa es que ahora se dé un paso que no hayamos dado todavía, y me gustaría saber también hacia dónde creen que se tiene que dirigir todo el tema de prevención de riesgos laborales y si algún día podremos hablar, definitivamente, no solo del liderazgo público, sino –y no sé si usar la palabra monopolio– de lo público como el responsable último y único de todo lo que tiene que ser el tema de la prevención, o si hay que compaginar por concurrencia siempre, desde nuestro punto de vista, la colaboración también con los agentes sindicales y empresariales. Esa es mi última reflexión.

Y antes de acabar, quisiera hacer una pregunta muy concreta. No lo sé y lo pregunto por desconocimiento y por ignorancia. Dentro de un subprograma sí que hablaban de trabajadores

y trabajadoras especialmente sensibles y dentro de los colectivos que han nombrado, como la edad, lactancia, embarazo, autónomos, etcétera, hablando ahora con mi compañera, se nos ocurría –si es ámbito de salud laboral o no o si debería serlo o no– qué pasa con los centros especiales de empleo, por ejemplo. ¿Es un ámbito de trabajo dentro de salud laboral? ¿Encaja o no encaja aquí? No sé si son trabajadores y trabajadoras especialmente sensibles o si son ámbitos laborables especialmente sensibles. Lo pregunto, más que por curiosidad, por desconocimiento, pero me imagino que en todo lo que respecta al empleo social protegido está regulado y son contrataciones que se hacen por parte de ayuntamientos, etcétera. Pero querríamos saber qué tipo de régimen tiene toda esa parte de protección en el empleo y si salud laboral también tiene incidencia y adopta algún tipo de medida específica.

Besterik gabe, berriz ere eskertzen dizuegu eman diguzuen informazio guztia eta animoak ematen dizkizuegu lan hau egiteko.

*[Nada más. De nuevo les agradezco toda la información que nos han dado y les damos ánimos para que realicen este trabajo.]*

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Ahora tiene la palabra el señor Couso por parte de Podemos-Ahal Dugu.

SR. COUSO CHAMARRO: Buenos días a todas y a todos. Egun on. Ya el pasado 28 de abril le preguntábamos al Consejero, pasado el primer año de legislatura, en relación con qué medidas se iban a tomar en el Departamento en relación con la materia de prevención de riesgos laborales y salud en el trabajo. Él apuntaba una batería de acciones y medidas de las que se contienen en este resumen del Plan de Acción de Salud Laboral. Nosotros en aquel momento ya valoramos que veíamos un nítido cambio respecto de lo que se venía haciendo hasta ahora y de que se notaba claramente que esto se había trabajado por gente que había estado en los tajos y entendía de lo que se estaba hablando. Unas medidas que ahora confirmamos y un Plan de Acción de Salud Laboral despojado de cualquier condicionamiento político, económico o de otro tipo que pudiera haber, ya que es meramente técnico y con profundo conocimiento de adónde hay que apuntar.

En primer lugar, nos gusta ver que entre las líneas de actuación se apunte que se pretende conseguir el cumplimiento real de la legislación, porque es algo que algunos venimos denunciando desde hace veinte años, con bastante poco éxito en la denuncia. Será muy difícil encontrar una empresa en el Estado que no pueda acreditar documentalmente que tiene armado el sistema de gestión de prevención que por tamaño le obligue la ley, lo difícil es que luego ese sistema de prevención realmente esté actuando en la práctica de una forma eficiente. Aquí se ha puesto de ejemplo el de los trabajos forestales, donde se dice que los servicios de prevención son ajenos y no acuden al tajo, pero es que en otros lugares donde los servicios de prevención son propios cada vez hay una mayor tendencia a no acudir al tajo, a no acudir al puesto de trabajo y a fiarlo todo al programa informático que contiene un método de análisis o de evaluación que puesto en relación con la pauta o el programa de carga de trabajo nos evita pasarnos. Hay esa tendencia a hacer el trabajo desde la silla de un ordenador y a veces ocurren barbaridades a cuenta de eso.

Otra de las líneas es promover la mejora de las condiciones de trabajo. La situación diferenciada que tiene nuestro país y nuestra Comunidad respecto de otros lugares de Europa tiene mucho que ver con que este sea un país que haya apostado por la precariedad laboral para ser competitivo. Eso no solo se constata en la legislación que tenemos, sino también en muchos pactos y muchos convenios que son pactados.

Por lo tanto, perfeccionar la formación y actualizar y especializar más de lo que se ha venido haciendo en materia de formación a los agentes sociales es algo que se requiere. No solo hace falta conocimiento, sino que luego, además, hace falta voluntad. Para que se haga prevención es una cuestión de voluntad y cultural. Si no tenemos claro que las condiciones de trabajo, la precariedad, es el factor que en este momento más está incidiendo en los problemas de salud en el trabajo, difícilmente vamos a arreglar las cosas. Seguramente, en este país tenemos una cultura empresarial que cree que una correcta evaluación de los riesgos le va a llevar a trastocar ese sistema productivo que está basado en la precariedad para ser competitivo y, por tanto, se tiene miedo a eso. Cuando realmente los expertos están hablando de que una correcta evaluación de los riesgos en los puestos de trabajo tendría una incidencia en un porcentaje mínimo de los puestos. Si hablamos de ergonomía, un 16 por ciento de los puestos a los que habría que acometer pequeñas actuaciones que luego tendrían buenos resultados sobre el conjunto del sistema productivo. Pero tenemos ese problema de la apuesta por la precariedad. Si aplicamos a rajatabla la Ley de Prevención, saltarían los sistemas productivos en muchos casos. Ahí tenemos una cuestión de voluntad, cultural y también de falta de formación.

Lo que quería decir antes es que hasta ahora se ha invertido mucho dinero –también en Navarra– en dar formación. Se ha dado una formación básica que equivaldría a grado técnico medio, llevamos veinte años haciendo eso, pero quizá lo que se requeriría en este momento sea reciclar a toda esa gente que ya está formada, la formación dirigida normalmente a los grupos específicos como a los delegados de prevención, para que tengan una formación más actualizada y, sobre todo, más especializada en los sectores.

La evaluación de riesgos ya la he comentado. Algunas de las cuestiones que ustedes señalan que van a tener líneas de actuación, como en temas psicosociales, es evidente, ya vinieron aquí y tuvimos la comparecencia. Había una auditoría sobre que el 51 por ciento de las empresas habían hecho la evaluación y solo el 17 por ciento de estas habían adoptado medidas. Con lo cual, otra vez volvemos a pensar que a lo mejor las metodologías aplicadas, las pocas que se están aplicando, no serán correctas.

Nos parece importante que ustedes centren su atención en temas como la maternidad. Cuando se ha tenido de primera mano conocimiento del caso de una mujer joven que ha abortado en el puesto de trabajo por puro presentismo, derivado de su situación de precariedad laboral, contractual. Se te viene el mundo abajo y ya no te vale nada. Estas cosas están pasando con más frecuencia de lo que parece. Por lo tanto, aquí no solo hay que tener una atención especial, sino que hay que tener una coordinación con los planes de igualdad en las empresas, ya que tampoco están funcionando demasiado bien los comités y todas estas cosas que hay que corregir.

La atención también sobre los trastornos musculo-esqueléticos es vital dado los datos que existen. Esto no solo es producto de que no se estén evaluando bien los riesgos y se esté apostando por la intensificación de los ritmos de trabajo, sino también del envejecimiento de la población trabajadora. La generación del baby boom a la que pertenecemos casi todos los que estamos aquí, o por lo menos yo, ya está en la recta final de salir hacia la jubilación. Entonces, se ha anchado por esa parte. Eso quiere decir que vamos a tener los datos de que tanto la Administración Pública como la empresa privada estamos con unas plantillas de una media de edad muy altas. Esto también es derivado del tapón que se le ha puesto a la gente joven en la entrada al trabajo. Por lo tanto, fijar la atención sobre los trastornos musculo-esqueléticos es algo que nos gusta que sea una línea prioritaria.

En cuanto a la coordinación entre empresas, los últimos accidentes mortales que hemos tenido en Navarra seguramente hayan sido de subcontratas de subcontratas de subcontratas. En el tema de la subcontratación, no se coordina la empresa contratante con la empresa contratada. Hay una falta de formación de los trabajadores y esto deriva en lo que deriva.

Nos ha sorprendido que no haya un registro público o un mapa en relación con los sistemas de gestión de prevención de las empresas. ¿No lo tendrá el Departamento de Empleo? Si en Salud ustedes no lo tienen, alguien debiera de tenerlo. Esto es cumplimiento de la ley. De la misma manera que un comité de empresas se constituye y se registra, un comité de prevención o un sistema preventivo también debería de tener un registro. Nos extraña que no exista, pero si ustedes que saben más dicen que no, me lo voy a tener que creer y enfadarme.

A partir de ahí, veinte años después de la entrada en vigor de la ley que regula todo esto, seguimos diciendo algunos que esta es una disciplina de futuro porque realmente presente ha tenido muy poco. Ha habido muy poca voluntad de cumplimiento de esta ley. Creemos que casi todo está por hacer y que tienen ustedes mucho trabajo por delante. En cualquier caso, el planteamiento que han hecho es muy bueno a nuestro entender. Me remitiría también a la pregunta que ha hecho la señora Ruiz en relación con los recursos con los que cuentan para desarrollar este Plan, si consideran que son suficientes o no son suficientes. En cualquier caso, nosotros nos alegramos de que por primera vez, y de una forma clara, todas las políticas en materia de prevención de riesgos laborales sean lideradas con fuerza por el Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Por parte de Izquierda-Ezkerra tiene la palabra el señor Nuin.

SR. NUIN MORENO: Muchas gracias, señora Presidenta. Voy a ser breve. Por parte de Izquierda-Ezkerra queremos hacer una valoración positiva del Plan de Acción que se nos ha presentado. Creemos que hay un trabajo riguroso y hay mucho trabajo en su elaboración. Además, es un documento, un Plan, necesario. Por lo tanto, hacemos esta valoración positiva de esta propuesta de Plan de Acción, que tendrá que ser debatida en el Consejo Navarro de Salud Laboral el próximo 19 de diciembre donde ya nos han trasladado que habrá aportaciones de algunos agentes, en concreto, de la Inspección del Trabajo y de Comisiones Obreras. Nosotros esperamos o desearíamos que el conjunto de agentes sociales que están en el Consejo participen en este proceso, hagan sus aportaciones y este Plan de Acción pueda ser cumplimentado de la mejor forma posible y con las aportaciones que sean coherentes con el

Plan de Acción y sean asumibles, con la máxima participación posible. Eso sería positivo y vamos a ver si es así y el día 19 de diciembre se puede hacer.

En el Plan de Acción faltaría la elaboración de indicadores, aparte de este proceso participativo. Nos han comentado que están en eso y nos parece perfecto porque para el seguimiento es evidente que, aunque no haya series históricas porque se arranca aquí, sí tenemos los programas y subprogramas y tenemos el trabajo de elaboración y determinación claro de qué es lo que se quiere hacer, una vez que se haga ese trabajo también de elaboración de indicadores la herramienta estará completa. Luego hace falta recursos y medios para su implementación. Creo que por parte del cuadripartito tenemos que hacer una autocrítica en relación con recursos a una acción o actuación que se puso en marcha el año pasado, 1 100 000 euros para subvencionar inversiones empresariales. Lo digo porque se ha ejecutado muy poco. No ha sido una acción que haya funcionado como se esperaba, al menos. Esos son los datos que nos dio el Consejero en un Pleno hace escasos días. Por lo tanto, para los próximos presupuestos de 2017 hay un cambio de planteamiento, hay unas enmiendas que se van a debatir, una asignación de recursos para acciones propias del Instituto, otra partida para proyectos que se puedan presentar y estén alineados con este Plan de Acción. Por lo tanto, creo que hay ahí una dotación de recursos que vamos a debatir ahora en presupuestos, que tienen que ser coherentes y alineados con la propuesta de Plan de Acción que nos presentan y con el Plan de Acción que finalmente pueda ser debatido y aprobado el 19 de diciembre.

Por otra parte, nosotros no vamos a entrar ahora en una valoración de cuáles son las causas del aumento de la siniestralidad laboral a partir del año 2012. Nosotros coincidimos con algún otro portavoz en los términos en los que se ha expresado. Coincidimos en que hay causas muy evidentes. No nos parece seria la causa que alega la parte empresarial en el sentido de que hay más accidentes porque hay un repunte de actividad. Yo creo que eso es muy pobre. Evidentemente hay más actividad y hay unos trabajadores sin formación que probablemente se incorporan a puestos de trabajo. Pero en otras economías hay mucha más actividad que aquí y hay mucha menos siniestralidad. Nos parece que lo de que es porque hay más actividad simplemente es una cuestión descriptiva. Las causas son otras, probablemente una legislación manifiestamente mejorable, un compromiso público manifiestamente mejorable, un protagonismo en la prevención y en la actuación sobre la salud laboral y pública manifiestamente mejorable y una estructura del mercado de trabajo que es tercermundista en cuanto a precariedad y a condiciones de trabajo de millones de trabajadores y trabajadoras. Por lo tanto, es una causa absolutamente estructural.

Pero ese no es el debate de hoy. Hoy toca valorar esta propuesta y para nosotros es un trabajo positivo, una propuesta positiva. Esperamos que el día 19 con la participación del conjunto de agentes presentes en el Consejo se pueda hacer un buen debate y se pueda cerrar un buen Plan de Acción en la línea y coherencia absoluta con lo que hoy se nos ha presentado aquí, que nos parece positivo. Por lo tanto, en esa línea esperaremos trabajo y resultados.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tiene la palabra la señora Ganuza por parte de UPN.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidenta. Tengo poco que añadir a las explicaciones que nos han dado la señora Pérez Jarauta y el señor Moreno. Les felicito por el gran trabajo realizado. La verdad es que han resuelto todas las dudas que tenía aquí apuntadas. La pregunta de los recursos como nos la va a responder luego en la réplica, no la voy a decir.

Quiero decirle al señor Couso que desde UPN se ha trabajado mucho en el Plan de Salud Laboral, que hay que seguir trabajando, por supuesto, que así lo van a seguir trabajando y que es el tercer Plan de Salud. Al final de la pasada legislatura, si no recuerdo mal, creo que se aprobó en mayo del 2015. Se aprobó y no dio tiempo a este Plan de Acción. Yo comparto la priorización que este Departamento y el Instituto han hecho, pero podría haber cogido otra priorización ya que dentro del Plan de Salud había 6 líneas de acción, 18 objetivos y 136 medidas. Comparto toda la priorización que han hecho y tienen todo nuestro apoyo.

Quiero decir que compartimos las líneas que ha explicado tanto la señora Pérez Jarauta como el señor Moreno, en la implementación de medidas para conseguir los objetivos de este Plan de Acción y que es fundamental –y así lo ha sido para UPN– promover la mejora de las condiciones de trabajo y la prevención de los daños en salud, especialmente en los sectores y actividades de mayor riesgo frente a las nuevas y emergentes situaciones que hay dentro de los trabajos. Sobre todo han incidido en los colectivos más vulnerables que es una cuestión que planteamos también en anteriores comparecencias. Tendrán todo nuestro apoyo para avanzar en unos estándares de calidad y eficacia. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tiene la palabra la señora Chivite por parte del PSN.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: Gracias, Presidenta. Quiero agradecer tanto a la señora Pérez Jarauta como al señor Moreno las explicaciones que nos han dado. Yo voy a poner hoy la nota discordante. No estoy contenta con lo que está haciendo este Gobierno en materia de prevención de riesgos laborales. No lo estoy y no lo puedo estar porque es la Comunidad que más ha aumentado en materia de accidentes laborales. Por lo tanto, con los datos objetivos no puedo estar contenta con lo que está haciendo este Gobierno en materia de prevención. Es verdad que el tercer Plan de Salud Laboral se aprobó en mayo del 2015, lo hizo el anterior Gobierno, y, por lo tanto, no hubo tiempo de hacer el Plan de Acción. Con esto no estoy salvando la cara a Unión del Pueblo Navarro, pero es que este Plan de Acción no tiene nada nuevo. El señor Martínez será médico, pero yo soy técnica superior de prevención y este Plan de Acción lo podemos copiar de cualquier otra comunidad porque de innovador no tiene absolutamente nada o pocas cosas.

Por lo tanto, yo discrepo del planteamiento. Es un Plan de Acción, pero nada nuevo bajo el sol. Hablaba de los autónomos, pero el planteamiento que se ha hecho aquí de los autónomos ya se venía haciendo. Eran las organizaciones de autónomos las que recibían formación y formaban a los autónomos en este tema. Si no se conoce no se puede hablar, pero esto ya se hacía.

Por supuesto, el tema de la reforma laboral seguramente es lo que haya afectado al incremento de accidentes laborales, pero me ha llamado la atención que en su exposición no hayan hecho referencia de por qué en Navarra están aumentando los accidentes laborales, de

si están estudiando por qué han aumentado en este año y qué acciones van a hacer ante eso. Yo comparto con usted que, seguramente, la reforma laboral ha incidido en el aumento de accidentes laborales, pero lo que tengo clarísimo es que para que se aplique la reforma laboral hay que fortalecer el papel de los sindicatos y este Gobierno no lo está haciendo. En aquellas empresas en las que los sindicatos son fuertes –me da igual el tipo de sindicato, aquí no hago distinción–, en los que la negociación colectiva es fuerte, no se aplica la reforma laboral. Por lo tanto, no hay precarización del empleo, hay menores tasas de eventualidad, hay menor índice de rotación y, por lo tanto, menores accidentes laborales. La negociación colectiva en materia de prevención de riesgos laborales es muy importante.

Otro de los temas es el de los delegados de prevención. ¿Y aquellas empresas que no tienen delegados de prevención porque no tiene obligación legal de tenerlo? Como decía antes el señor Martínez, él es médico y sabe, pero yo soy técnica superior de prevención y también sé qué hay en la mayoría de las empresas de Navarra, que son micropymes, y no tienen obligación de tener delegado de prevención. Este Gobierno se ha cargado la figura del delegado de prevención. Por lo tanto, aquí hay cosas que me parece estupendo lo que han puesto en el Plan de Salud, yo lo comparto y me parece que está bien, pero de novedoso no tiene nada. De este modo, hay que fortalecer el papel de los sindicatos y de la negociación colectiva para que no se precarice el empleo.

Por otro lado, usted habla de seguridad vial, pero lo que hay que hacer es invertir en carreteras. Eso es lo que hay que hacer, pero este Gobierno no lo está haciendo. El 30 por ciento de los fallecidos en accidente laboral lo hace en la carretera y la mayoría de los casos es por el estado de las carreteras. Ni el Gobierno anterior invirtió en carreteras ni este Gobierno tampoco lo está haciendo, pero cómo tenemos el estado de nuestras carreteras es muy importante.

Ahora me gustaría hacer varias preguntas. ¿Quién va a visitar las empresas? Ustedes han planteado en este Plan de Acción que se van a hacer visitas a las empresas, pero, ¿quién lo va a hacer? ¿Ustedes lo van a hacer? ¿Tienen recursos humanos suficientes como para hacer las visitas necesarias a las empresas? ¿O lo va a hacer Inspección del Trabajo? Esa es mi pregunta. La segunda sería que las empresas que no tienen delegados de prevención porque no se les exige, ¿cómo van a trabajar con ellas?

En cuanto al tema forestal, me parece bien que se haya incluido por el tema de los dos muertos. Además, es un empleo con especial riesgo, pero los dos fallecidos eran de empresas aragonesas. No sé cuántas empresas navarras hay en materia forestal. No lo sé. ¿Cómo vamos a trabajar con ellas? Si en realidad las empresas no son de Navarra porque son de otra Comunidad, no tienen obligación de trabajar con el Gobierno de Navarra. Es verdad que si vienen a Navarra a trabajar tienen que cumplir con la legislación de aquí, pero ¿cómo lo van a hacer?

A mí me falta el tema de los indicadores para poder hacer evaluaciones. Y ya veremos los recursos económicos que conlleva este Plan de Acción porque si no hay indicadores, si no hay evaluación y si no hay recursos económicos esto es papel mojado. Y esto es cuestión de estética más que otra cosa, pero ustedes plantean el Plan de Salud Laboral 2016-2019, pero no lo van a aprobar en el 2016, así que yo le cambiaría el título a 2017. Por lo menos a 2017

porque si en diciembre de este año no está aprobado, ya tendrían que poner 2017. En todo caso, año y medio después no tenemos un Plan de Acción en materia de salud laboral. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Ahora voy a darle la palabra para que nos contesten o aclaren cualquier duda que haya surgido.

SRA. DIRECTORA GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (Sra. Pérez Jarauta): En primer lugar, quería agradecerle a todos los Grupos sus comentarios, aportaciones, dudas y, por supuesto, sus críticas. Todo es susceptible de ser visto de muchas maneras y así tiene que ser. Yo quería entrar al tema de este Plan, a su relación con la salud pública, de las cosas que han salido y también al tema de los presupuestos.

El tema de la salud laboral es un tema multifactorial enorme sobre el que en algunos temas se puede incidir de manera de Comunidad Autónoma y en otros no. Hay factores que tienen que ver con los trabajadores, factores que tienen que ver con los empresarios, factores que tienen que ver con las legislaciones, factores que tienen que ver con las legislaciones protectoras de salud y otros con las de empleo globales, que riñen de algún modo con las protectoras. Realmente es un tema enormemente complejo. Eso es lo primero que quería decir.

Efectivamente, había un tercer Plan de Salud Laboral que hablaba, por ejemplo, de la plasmación real de la legislación, pero se requería un trabajo muy grande de orientar eso a la acción. Igual que yo decía antes con el Observatorio e igual que planteamos aquí con el Plan de Salud Pública. Había trabajo. ¿Cómo vamos a decir que no se había trabajado nada en salud laboral? No es así. Pero este tema, más que cualquier otro de los que yo me he encontrado en el Instituto de Salud Pública y Laboral, requería un gran trabajo de reordenación, de conocimiento, de orientar a la acción con programación, con visión de salud pública, con datos epidemiológicos, mirando a la eficacia y a la efectividad. Mucho más que en otras áreas que nos hemos encontrado.

Este Plan es muy gordo, pero no es solo muchas páginas más, ni es solo cosas que ya había. No es así. En el Plan hay cosas que ya se venían haciendo, muchas cosas nuevas y muchas que se reordenan o que se redirigen. Es un conjunto realmente de objetivos y acciones que en su conjunto creemos que dotan de dirección al tema de salud laboral y también de trabajar con un enfoque más dirigido a la salud de los trabajadores y más científico. Con situaciones de partida, con registros, con indicadores de evaluación y con asignación de recursos a donde hace falta que se asignen. En ese sentido, tiene muchas cosas nuevas.

Por otra parte, otro tema que ha salido ha sido que esto se relaciona con la salud pública. Es cierto que es el primer Plan de Acción de Salud Laboral que se relaciona con la salud pública. A veces, cuando se piensa desde la salud laboral no se piensa en la salud pública, pero yo creo que es muy buena la alianza de los técnicos, expertos y especialistas en salud laboral con los médicos, médicas y especialistas en salud pública. Creo que de esa sinergia pueden nacer Planes de Acción como este. Se piensa, por ejemplo, en riesgos laborales desde la edad en mantener al trabajador trabajando durante todos los años de su vida en mejores condiciones, pero yo desde la salud pública pregunto: ¿y los trastornos musculo-esqueléticos y la accidentalidad que produce grandísimas lesiones a largo plazo, enfermedades crónicas que inciden en la brecha de la salud, entre la esperanza de vida y la esperanza de vida en buena

salud, especialmente en las mujeres y que tiene su origen laboral? Hay muy pocos estudios al respecto. Sin embargo, la mayoría de las causas que generan dependencia –y me voy hasta la dependencia– tienen su origen en lo laboral. Las músculo-esqueléticas y los accidentes generan discapacidades que se mantienen a lo largo de la vida. El trabajo es un escenario donde transcurre la vida, al igual que la vida de los niños y niñas transcurre en la escuela y más adelante en las FP o las universidades. Entonces, hay que contemplar e implicar todas esas visiones. Todo eso está aquí incluido.

El señor Moreno hablaba de algunas relaciones del Servicio de Salud Laboral con otros de Salud Pública. Aquí dentro está que hay una interacción que hasta ahora no existía con el Observatorio de Salud Comunitaria, con promoción de salud –porque también hay que trabajar en la promoción de la salud en las empresas– y también con lo que tiene que ver con la detección precoz. Los servicios de vigilancia de la salud de los trabajadores están haciendo exámenes médicos que recomiendan cosas de «complacencia», pero que no están avaladas por la evidencia científica, como los PSA o recomendaciones de exámenes de cáncer de colon que se repiten en la pública y lo mismo con las mamografías. Hay mucho que integrar en salud laboral y eso está aquí, donde está realmente integrado.

La otra cosa que quiero decir, y ya entrando en el tema de los recursos, es que hay que considerar que este Plan también es un Plan de Gobierno porque tiene recursos de dos Departamentos: del Instituto Navarro de Salud Laboral y de la Dirección General de Política Económica, Empresarial y Trabajo. Si atendemos exclusivamente al anteproyecto de presupuestos para 2017 –les digo lo que está previsto en recursos–, en capítulo uno está previsto aumentar, por lo menos para tal y como está el Plan ahora, tres recursos en personal. En capítulo dos hay 100 000 euros para el desarrollo del Plan, que quintuplica lo que había en años anteriores. En capítulo cuatro, es decir, en subvenciones a terceros, hay 100 00 euros, que es lo mismo que había el año pasado. Son subvenciones para acciones que hacen terceros en régimen de concurrencia competitiva.

¿Qué hay en el Departamento de Desarrollo Económico? En el anteproyecto hay en capítulo cuatro una partida de 1.100.000 euros que tiene que ver con proyectos de prevención de riesgos laborales, en régimen de concurrencia competitiva para el Plan. Hay 250.000 euros en capítulo seis, que va a empresas para inversiones, mejoras en maquinaria y para mejoras en aparatajes que puedan llevar a mayor protección, como paracaídas en altura, instrumentos para la protección personal, etcétera. Luego, en capítulo dos hay 22.000 euros más para las actuaciones de salud laboral.

A nosotros no nos competen algunas decisiones que se toman en trabajo. Como Gobierno sí que algunas cosas están coordinadas, pero también hay decisiones que toma cada quién. Es cierto que de la partida de 1.100.000 del año pasado dirigida a empresas, sabemos –porque nosotros somos el organismo técnico del Departamento de Trabajo y nosotros evaluamos esas subvenciones porque Trabajo es la autoridad laboral del Departamento de Trabajo, pero sus recursos técnicos somos nosotros y quiero que quede claro porque en ese sentido la responsabilidad técnica es nuestra– que se han ejecutado 400.000 euros aproximadamente. Creo que cuando compareció el Consejero de Desarrollo Económico no estaba todo informado, pero era alrededor de 400.000.

Nos preguntan también hacia dónde, si más peso en la parte pública o no y qué sería más útil. En el Instituto de Salud Pública y Laboral, si existieran en 2017 más recursos económicos en capítulo uno, se dedicarían a tres cosas importantes que no existían hasta ahora. Por un lado, un registro y un mapeo importante hecho en colaboración entre Salud Laboral y el Observatorio de Salud Comunitaria de empresas de Navarra, de qué servicios de prevención tienen o no tienen y qué Planes de prevención tienen o no tienen y qué papel juegan esos Planes de prevención en la seguridad. Una segunda cosa que tampoco existe, las visitas de «choque», que es un tema que aprobó el Parlamento en su conjunto hace pocas semanas, contra la siniestralidad. Más visitas de choque contra la siniestralidad. Este año ya se hizo y la semana pasada se pactó entre el Instituto de Trabajo Estatal, el Departamento de Desarrollo Económico y nosotros qué visitas se van a hacer conjuntamente. Nosotros tenemos inspectores habilitados e Inspección de Trabajo tiene otros inspectores y ellos se comprometían a recuperar un inspector que se ha recortado o disminuido y nosotros a que los que están contratados por Salud Laboral trabajen conjuntamente todos y hagan un Plan de Inspecciones conjunto. Eso no se había hecho nunca hasta ahora. Eso disminuye la efectividad real de las inspecciones y de los mecanismos de inspección.

La otra cosa para la que serviría realmente ese aumento presupuestario en capítulo uno, sería para plantear proyectos piloto y actuar desde los servicios públicos como servicios de prevención, en primer lugar, de los autónomos, que es una cosa que se va a pactar en Consejo Navarro de Salud Laboral y que se podría ampliar a microempresas. Todo esto no se hace en un día. Nosotros diríamos que es razonable una cierta cantidad ahí, pero no toda porque a nosotros también nos parece muy importante la financiación a sindicatos. En los convenios colectivos a más fuerza tengan las entidades sindicales, es evidente que se incluyen más Planes de prevención en las empresas. Eso es lógico. También es lógico mantener apoyo técnico y financiación a las empresas para lo que tiene que ver con maquinaria y mecanismos de protección.

¿Más peso en la parte pública? Nosotros creemos que progresivamente sí. También creo que a este Plan se le puede poner 2016, que es cuando se inició. Cuando se aprueban, en Salud Pública se les ponen fechas. Creemos que este Plan supone un cambio de rumbo y de evidencia científica muy clara en este tema y que tiene que ir más allá de 2019, esté quien esté en el Gobierno, como el Plan de Salud Pública y el Observatorio de Salud Comunitaria. Creo que hay muchas de las herramientas que se manejan en el instituto de Salud Pública y Laboral que no deberían depender de qué Partido esté en el Gobierno. Claro que se le dan cambios de rumbo, pero este Plan debería seguir en la legislatura que viene, esté quien esté en el Gobierno.

Esto es lo que quería responder de lo global. Ahora el señor Moreno entra en las preguntas específicas, como la de los factores cancerígenos, los centros especiales de empleo, el tema de género y algún otro.

SR. JEFE DEL SERVICIO DE SALUD LABORAL (Sr. Moreno Suescun): Respecto a los cancerígenos, hay normativa muy escasa sobre qué se entiende por cancerígenos laborables, pero está la IARC, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud, que nos sirve para estimar qué porcentaje de trabajadores y trabajadoras están

expuestos a este tipo de productos o substancias. Es con base a eso. En el Estado español se valora que se declara menos del uno por ciento de los cánceres de probable origen laboral –se es bastante conservador en las estimaciones–, que es el cuatro o cinco por ciento respecto al total de cánceres. El problema es que no se reconoce. A no ser que sea que haya antecedentes y registro de haber trabajado exclusivamente casi con amianto, pero hay muchísimos productos cancerígenos que se utilizan en la industria, en construcción, en agricultura, etcétera. Sin embargo, eso pasa desapercibido. Parece ser que en el Estado español no se reconoce este origen laboral de este problema.

En cuanto a los indicadores, en el texto hay múltiples indicadores. En el programa de mejora de la gestión preventiva no hay un porcentaje de empresas en las cuales participan los trabajadores o sus representantes en la identificación de riesgos. No lo sabemos, esto es ley. El porcentaje de empresas en que se consulta a la representación sindical los métodos de evaluación de riesgos, tampoco lo sabemos. El porcentaje de empresas que entrega a la representación sindical la memoria actual de las actividades preventivas de los servicios de prevención, tampoco lo sabemos. Ni tampoco el porcentaje de empresas de menos de cincuenta trabajadores en las que hay reuniones periódicas entre los representantes de las partes ni el porcentaje de empresas que los trabajadores son consultados para la identificación de las exposiciones laborales. Todo eso es ley y se aplica en qué porcentaje, en qué ámbitos, en qué sectores, qué características tienen esas empresas… Tenemos que empezar prácticamente de cero. Ni incluso la encuesta navarra de salud y condiciones de trabajo que había una parte de gestión de la prevención, ha quedado reducido a la mínima expresión y esa información básica ha desaparecido, a nuestro entender. He nombrado algunos de los indicadores de uno de los subprogramas, pero hay centenares.

Es un tema que nos preocupa. Desde que cogimos la responsabilidad dijimos que teníamos que valorar la eficacia de lo que hacíamos. Estamos gastando dinero y no sabemos si eso realmente es eficiente o no y en qué grado. Esa es una de nuestras preocupaciones y por eso nos ha costado mucho tiempo, lo reconozco, pasar de un Plan de Salud Laboral que es casi una declaración de intenciones con objetivos más o menos no medibles a unos programas donde se plantean unos objetivos mesurables que podamos después decir en qué grado hemos logrado o no lo que pretendíamos. Ha costado, y más dentro de un proceso participativo. Somos firmes partidarios de la participación, pero determina mayores plazos de hacer las cosas. Eso también hay que considerarlo. No es una excusa, sino un intento de explicación de por qué es fácil aprobar una declaración de intenciones y es más difícil operativizar eso.

En cuanto a la perspectiva de género, tengo que decir que quizá sea insuficiente. Una de las aportaciones en el último Consejo del mes pasado fue en esta línea. En todos los sistemas de información se evalúan todos los datos en función del género o del sexo. También en materia psicosocial se plantean algunas acciones en colaboración con el Instituto de la Igualdad, de cara a trabajar conjuntamente todo el tema de la violencia de las mujeres en el mundo del trabajo, el acoso sexual, el acoso moral, que tiene mayor riesgo de padecer esto. También se pretende mejorar la aplicación del derecho de la mujer al embarazo en condiciones saludables. Probablemente tengamos que ir a una visión transversal, no solo con estos elementos, sino con más, en todo el Plan. Ya le daremos una vuelta y gracias por la aportación.

En cuanto a los centros especiales de empleo, estuvimos casi tentados y teníamos algún boceto o borrador para meter este tipo de empresas que emplean a colectivos de difícil empleabilidad y que, además, algunos de esos colectivos tienen problemas de salud de diversidad funcional. Pero comprendimos que caben y deben ser atendidos en el programa para trabajadores y trabajadoras especialmente vulnerables. Es uno de los colectivos que se cita en la introducción al hablar del estado de la situación.

Sobre forestal, la pregunta en concreto era que en los últimos accidentes las empresas no eran de Navarra. El tema es que si realmente atendemos a las empresas que están en su código nacional de actividad económica correspondiente, hay muy pocos trabajadores, pero eso sabemos que no es así. Hay empresas que están apuntadas en madera y no en extracción forestal porque tienen todo el proceso, porque también subcontratan la extracción. También tenemos ayuntamientos que posibilitan a las entidades locales la extracción de la madera para casa o para el hogar y que a veces son los propios propietarios de alguna manera los derechohabientes, los que extraen la manera, que no tienen ningún tipo de atención. Y también hay empresas, subcontratas, etcétera. Uno de los objetivos de esto es hacer una fotografía de cuál es la situación real y coordinar todos los recursos. De hecho, con el Servicio de Montes, que tiene un gran conocimiento de cuál es la situación, estamos trabajando y son parte del grupo de trabajo para atender esta situación. Se ha planteado el debate de si atender también que todos los trabajadores que saquen madera de Navarra van a estar contemplados. Nos estamos planteando si también incluir a las empresas que trabajan en Las Landas o Aragón o Pirineo, si también consta que se van a atender en la medida que tengamos información de daños de estas empresas, aunque sean actividades fuera de Navarra. Ahí hay una discusión de a ver hasta qué punto podemos hacerlo.

Quiero decir también que hay un registro de servicios de prevención, el SERPA, que está en trabajo, pero solo de servicios de prevención ajenos. Hay cinco servicios de prevención en Navarra y hay quince o diecisiete servicios de prevención ajenos y cuarenta o cincuenta servicios de prevención propios donde no hay registro. Luego, todas las situaciones donde son los propios empresarios los que se hacen cargo de la prevención, si es que se hace. Es decir, tenemos que saber realmente si la mayoría de los trabajadores o las empresas estarán cubiertas algunas, no sé si la mayoría, por servicios de prevención ajenos. Esto tiene que ver con el modelo que decía alguien. Hay que tener en cuenta que los cuatro mayores servicios de prevención ajenos han sido comprados por una multinacional de seguros del mundo sanitario. Es decir, está habiendo una concentración y habrá que ver por qué se están dando estos movimientos. El caso es que está en permanente cambio y nosotros desde la Administración Pública no tenemos información actualizada de qué es lo que está pasando. De esto nos enteramos por una conversación con un técnico de un servicio de prevención de la dirección que nos dice que les habían comprado y el otro lo mismo. No sabemos casi a quién dirigirnos. Esto lo intentaremos ordenar desde el programa, tal y como consta y también tener información actualizada. Hay una crítica a SERPA bastante generalizada y ha habido cambios normativos para disminuir la información por parte de la Administración sobre estos recursos, es mi percepción. Entendemos que esto debe ser resuelto.

Sobre si es novedoso o no lo que planteamos, yo recomendaría que se leyera el Plan entero en su momento. Creemos que hay muchas actividades novedosas, distintas y que si logramos

avanzar en ello, probablemente dentro de pocos años estaremos en una situación esperamos que bastante mejor en exposiciones y en daños, fundamentalmente.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Despedimos al señor Moreno y a la señora Pérez Jarauta. Ha sido muy interesante. Sin otro punto que tratar, levantamos la sesión.

(Se levanta la sesión a las 12 horas y 23 minutos)