

¿CÓMO ESTAMOS DE SALUD 2000?

1ª Parte: Evaluación del Plan de Salud 1991-2000

2ª Parte: Encuesta de Salud 2000

¿CÓMO ESTAMOS DE SALUD 2000?

1ª Parte: Evaluación del Plan de Salud 1991-2000

Coordinación: Ander Arrazola Aranzadi
Idoia Gaminde Inda

2ª Parte: Encuesta de Salud 2000

Coordinación: Isabel Sobejano Tornos
Idoia Gaminde Inda
Ander Arrazola Aranzadi
José Javier Viñes Rueda
Inés Sáenz de Pipaón Martínez de Birgala
Itziar Lanzeta Vicente

Departamento de Salud
Servicio de Docencia, Investigación y
Desarrollo Sanitarios



Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

Titulo: ¿Cómo estamos de salud 2000?
1ª Parte: Evaluación del Plan de Salud 1991-2000
Coordinación: Ander Arrazola Aranzadi
 Idoia Gaminde Inda

2ª Parte: Encuesta de Salud 2000
Coordinación: Isabel Sobejano Tornos
 Idoia Gaminde Inda
 Ander Arrazola Aranzadi
 José Javier Viñes Rueda
 Inés Sáenz de Pipaón Martínez de Birgala
 Itziar Lanzeta Vicente

Edita: GOBIERNO DE NAVARRA
 Departamento de Salud. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios

© Gobierno de Navarra
Composición: Página, S.L.
Impresión: IG. Castuera
Diseño de cubierta: Alberto Navarro

ISBN: 84-235-2213-X
Dep. Legal: NA. 965/2002

Promociona y distribuye: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra
 (Departamento de Presidencia, Justicia e Interior)
 C/ Navas de Tolosa, 21
 Teléfono: 948 427 121
 Fax: 948 427 123
 Correo electrónico: fpubli01@cfnavarra.es
 www.cfnavarra.es/publicaciones
 31002 PAMPLONA

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	15
--------------------	----

PRIMERA PARTE: EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 1991-2000

INTRODUCCIÓN	17
--------------------	----

RESULTADOS EN SALUD. DIEZ AÑOS DESPUÉS. ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS OBJETIVOS FORMULADOS EN EL PLAN DE SALUD DE 1991

EQUIDAD	21
MORTALIDAD	22
MORBILIDAD E INCAPACIDAD	24
Enfermedades infecciosas.....	24
Minusvalías psíquicas	27
Salud bucodental.....	27
Enfermedades cardiovasculares	28
Enfermedades respiratorias	28
Diabetes	29
Enfermedades laborales	30
Incapacidad y accidentes de tráfico.....	30
MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS.....	31
La percepción del estado de salud.....	31
Diagnóstico precoz	32
Eliminación de las barreras físicas	32
Obesidad	32
Servicios y atenciones a los ciudadanos desde los centros de salud.	33

RESUMEN DE LOS ESFUERZOS DESARROLLADOS

PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES.....	37
APOYO SOCIAL.....	37
EDUCACIÓN Y SALUD.....	37
PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES	40
ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE SITUACIONES EVITABLES	42
SALUD LABORAL.....	42
MEDIO AMBIENTE Y POLÍTICAS MEDIOAMBIENTALES.....	44
MEJORA DEL SISTEMA DE CUIDADOS	50
ATENCIÓN PRIMARIA.....	50
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	62
A. Valoración de los objetivos formulados en el Plan de Salud 1991.....	62
B. Evolución de indicadores en los años 90	70
C. Balance de actuaciones en el decenio	81
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA.....	86
PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI).....	89
PREVENCIÓN DEL SIDA Y APOYO A PERSONAS AFECTADAS	94
PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIAS	98
PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL.....	99
PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX.....	103
COBERTURA DE SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA 1999	109
RECURSOS HUMANOS	110
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-O.	114
APOYOS.....	117
DOCENCIA Y FORMACIÓN	117
INVESTIGACIÓN.....	122

SEGUNDA PARTE: ENCUESTA DE SALUD 2000

INTRODUCCIÓN	129
MATERIAL Y MÉTODOS	130
DETERMINANTES	134
ACTIVIDAD FÍSICA.....	134
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo).	140

EL SUEÑO	142
CONSUMO DE ALCOHOL.....	143
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	150
CONSUMO DE TABACO	152
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	165
INTERRELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO, CONSUMO DE ALCOHOL Y EJERCICIO FÍSICO.....	168
PESO Y TALLA	175
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	178
ESTADO DE SALUD	179
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD	179
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	181
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	182
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	187
EFFECTOS.....	189
DISCAPACIDAD.....	189
ESPERANZA DE VIDA AJUSTADA POR CALIDAD.....	198
LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS	203
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	207
ANEXO B. CUESTIONARIO.....	211
REFERENCIAS.....	222

PRESENTACIÓN

José Javier Viñes*

La adecuada información estadística y la elaboración de indicadores sanitarios constituyen la base para el análisis y formulación de estrategias, objetivos y decisiones en la Salud Pública, por lo que el esfuerzo de recopilación de datos y su análisis forma parte de la tarea habitual de epidemiólogos, gestores y planificadores, y es obligación de la Administración Sanitaria, el ampliar y perfeccionar tales fuentes de información.

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, creado con motivo de la incorporación competencial en materia de salud derivada de la Ley de Reintegración y Amejoramiento Foral de Navarra de 1982, asumió por primera vez, en la compleja sanidad moderna, la competencia de la administración de la salud de los navarros y la gestión de los servicios sanitarios propios y transferidos desde el Estado. Ello obligó desarrollar y potenciar los sistemas informativos partiendo de las bases limitadas heredadas de la transferida función sanitaria del Estado, situada en el ámbito de la Jefatura Provincial de Sanidad del Estado y del Instituto Provincial de Sanidad de la Diputación Provincial y Foral de Navarra. De este modo la integración funcional y orgánica de los servicios sanitarios de Navarra permitió entre otros fines, el desarrollo de una estadística sanitaria común.

A partir de ese momento se inician las publicaciones forales de las estadísticas sanitarias, constituyendo el primer esfuerzo el "*Diagnóstico de Salud, 1986*" y "*La Salud en cifras en 1988*" con datos básicos de la Sección de Epidemiología del Instituto de Salud Pública. El esfuerzo siguiente constituyó el paso cualitativo en base a los indicadores disponibles y al impulso de la Oficina Regional de la OMS y del Ministerio de Sanidad, de formular las estrategias y objetivos que deberían orientar las acciones del ya único e integrado Sistema Sanitario de Navarra (sanidad preventiva colectiva y sanidad asistencial individual) a través del "*I Plan de Salud de Navarra 1991*"³, con la perspectiva puesta en el año 2000 (Salud para todos en el año 2000), cuyo Plan, de acuerdo a las directrices indicadas y por estar dirigido a un Sistema Sanitario que iniciaba una integración de actividades

* Director del Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios.

antes desordenadas e incipientes, se centró en los derechos constitucionales individuales de los ciudadanos, en la protección de la salud y fue diseñado pensando en alcanzar la mayor cobertura de derechos del ciudadano (equidad, universalidad, disponibilidad de servicios y programas), y con un enfoque holístico de la salud (determinantes medio-ambientales y sociales).

Como complemento del diseño de los objetivos del Sistema, formulados de acuerdo a las informaciones disponibles y según las tendencias de las citadas políticas sanitarias, nacionales e internacionales, se entendió también oportuno, el iniciar el conocimiento del estado de la salud percibida en el “momento” 1990-1991, dando voz y protagonismo al ciudadano, tanto en el modo de comportarse respecto a los estilos de vida, como a la percepción de su estado de salud a través de una “*Encuesta de Salud*” que permitiera conocer el nivel de calidad de vida e incapacidad de los individuos ante la carencia de datos objetivos al respecto; y del mismo modo, se llevó a la práctica el “*Diagnóstico de Salud 1993*”⁵ considerando los indicadores de los “determinantes de la salud”, y de los “indicadores objetivos de salud” en la medida y cuantía disponible hasta el año 1993.

Sirve también al propósito del Diagnóstico de Salud, los datos actualizados de indicadores demográficos y epidemiológicos, que ha llevado a cabo el Instituto de Salud Pública de Navarra: “*INFORME 2000*”. El año 2000 ha constituido un nuevo corte de observación adecuado para volver a emprender la evaluación y el análisis de la situación sanitaria, cuyos resultados son objeto de la actual Monografía: por un lado llevando a cabo la evaluación del I Plan de salud 1991-2000, incorporando al análisis, la mejora y perfeccionamiento que el desarrollo del propio Sistema ha propiciado por sí mismo en esta década al incorporar nuevas estructuras asistenciales, gerenciales, y tecnológicas, lo que nos permite con ello evaluar, 10 años después, no solo el cumplimiento de objetivos, sino además, el diagnóstico y la nueva realidad, del constante progreso y crecimiento del sistema asistencial. Por otro lado, el año 2000 ha servido también para conocer de nuevo la evolución de las variables cualitativas que constituyen la patología sentida, a través de la percepción del propio estado de salud (capacidad y discapacidad) de los ciudadanos, y de la evolución de los estilos de vida como determinantes de la salud, asociados a la voluntad individual y a los usos y costumbres personales y culturales que ha sido realizada, por medio de la nueva “Encuesta de Salud” al filo de los años 1999-2000, y cuyos resultados publicamos así mismo en esta Monografía. Todas estas informaciones ha permitido la propuesta del **II Plan de Salud de Navarra 2001-2005**.

El propósito en fin de esta publicación (Monografía nº 4 de la Serie de Salud Pública y Administración Sanitaria de ANALES del Sistema Sanitario) es dar cuenta de manera conjunta del estado de salud de los navarros en el corte del final de la XX centuria, a través de los indicadores de

Salud alcanzados en la evaluación del **“I Plan de Salud de Navarra, 1991 10 años después”**, con los datos estadísticos y epidemiológicos, recogidos por los servicios técnicos con la mayor objetividad y rigor metodológico, que constituyen en sí mismos un nuevo Diagnostico de Salud; y a la vez, se ofrecen simultáneamente los datos subjetivos de la población de Navarra en un análisis de la patología y de su estado de salud percibido, que disponemos por la **“Encuesta de Salud 2000”** que permite valorar la incapacidad, y en consecuencia deducir la esperanza de vida libre de incapacidad de los ciudadanos, acercándonos con ambas informaciones a la valoración real de los resultados objetivos de salud alcanzados en el año 2000 y a su vez, el conocer cual es el grado de satisfacción y de bienestar de los ciudadanos de Navarra, respecto a la salud percibida.

REFERENCIAS DOCUMENTALES:

1. Diagnóstico de Salud y formulación de programas para 1986 en la Comunidad Foral de Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1986
2. La Salud en cifras. Navarra 1988. Informe Técnico nº 2. Pamplona: Gobierno de Navarra. Fundación Miguel Servet, 1989
3. Plan de Salud de Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1991
4. ¿Cómo estamos de Salud?. Encuesta de Salud 1990-1991. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud 1993.
5. Diagnóstico de Salud de Navarra, 1993, Informe Técnico nº 11. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1995
6. Informe 2000. Pamplona: Instituto de Salud Pública de Navarra, 2000.
7. Plan de Salud de Navarra 2001-2005. ANALES Sis San Navarra 2001, Vol. 24, Supl. 3.

PRIMERA PARTE:
EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 1991-2000

INTRODUCCIÓN

Coincidiendo con el décimo aniversario de la aprobación por parte del Gobierno de Navarra del primer Plan de Salud, se ha realizado una valoración de la evolución seguida por el sistema sanitario en Navarra, utilizando los objetivos enunciados en aquel Plan.

De acuerdo con las características del Plan de Salud 1991, y siguiendo las propuestas de la OMS, Salud para Todos, los objetivos que se pasan a valorar son de dos tipos. Por una parte se establecían metas en el estado de salud de la población que abarcaban ámbitos relacionados con la equidad, mortalidad, morbilidad – incapacidad y la calidad de vida, incorporando un total de 56 objetivos. Por otra parte y en desarrollo de las estrategias para poder alcanzar los objetivos en salud antes señalados, se establecían objetivos en tres grandes ámbitos de actuación: La promoción de hábitos de vida saludables, la eliminación o reducción de situaciones (medioambientales) evitables y la mejora del sistema de cuidados de salud. Estas tres grandes estrategias se reforzaban con el impulso de los apoyos instrumentales como la Docencia y la Investigación.

Para la realización del trabajo, se ha recabado información de muy diversas fuentes y se ha requerido la implicación de múltiples técnicos y responsables de la sanidad de Navarra, sin cuya participación esta valoración habría perdido la precisión y el calor que aporta la cercanía a los problemas.

Además de las fuentes generales de información sanitaria, la necesidad de conocer el estado actual de algunos indicadores propuestos en 1991 ha requerido realizar explotaciones específicas que reflejaran la evolución seguida.

Los diferentes apartados que componen la descripción y valoración de las estrategias de salud no presentan un esquema del todo homogéneo, debido en unos casos a la falta de información y en otros por falta de tiempo de los autores para abordar la evaluación propiamente dicha. No obstante, en buena parte del trabajo se mantiene el planteamiento inicial de incorporar:

- Los objetivos planteados originalmente y sus posibles adaptaciones posteriores.
- Las actuaciones desarrolladas.

- Los logros alcanzados.
- Las dificultades constatadas y problemas actuales.

Algunas áreas de trabajo, así como algunos objetivos del Plan de Salud de 1991 no se ven reflejados en este trabajo en parte porque no ha habido desarrollo de actuaciones explícitas o formales en ese ámbito, como es el caso de algunas de las actuaciones planteadas como estrategias interdepartamentales o en la comunidad y en la aplicación de acciones previstas a modo de apoyos al Plan de Salud. En otros casos la falta de información del estado de los indicadores a finales de los 80 y/o su estado actual no permitían valorar el objetivo.

En la medida de lo posible, se ha incorporado información relacionada con el o los problemas que afrontaba el Plan de Salud de 1991 y que no se disponía entonces. A veces, porque los objetivos planteados entonces se han adaptado a las nuevas circunstancias surgidas a lo largo del decenio y en otros casos porque en la actualidad se dispone de nuevas fuentes de información que en el momento de redactar el Plan no se disponían: Es el caso de las encuestas de salud y de la base de datos de las Altas hospitalarias del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea entre otros.

El trabajo que se presenta es un resumen de las actividades de evaluación realizadas. Respecto a la mayor parte de los ámbitos que se tratan aquí existe información más amplia disponible en la página Web del Departamento de Salud, en el apartado de Planificación / Plan de Salud

<http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/>

Queremos agradecer a cada uno de los autores de los capítulos que siguen el esfuerzo desarrollado en este proceso de recapitulación. Además, es de justicia reconocer con un agradecimiento especial el trabajo de otras muchas personas que no figuran como autores y que han aportado desde su quehacer diario, la información necesaria para realizar este trabajo. Entre estos destacamos a los colaboradores del Instituto de Salud Pública (Eva Ardanaz, Conchi Moreno y Mikel Urtiaga), del Instituto Navarro de Salud Laboral (Liliana Artieda) y del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea (Yolanda Montes).

**RESULTADOS EN SALUD, DIEZ AÑOS DESPUÉS.
ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS OBJETIVOS
FORMULADOS EN EL PLAN DE SALUD DE 1991**

EQUIDAD

Para asegurar la igualdad ante la salud, el Plan de Salud de 1991 formulaba dos objetivos, uno dirigido a reducir las desigualdades en morbi-mortalidad de la población y otro que pretendía la extensión de la asistencia sanitaria pública a todos los residentes en Navarra.

Respecto al primer objetivo, son muy pocas las informaciones disponibles ya que todavía los sistemas de registro en los servicios sanitarios no han incorporado variables que sirvan para estudiar la distribución del estado de salud o de la utilización de los servicios en función de alguna categoría socioeconómica.

Las encuestas de salud realizadas en Navarra en 1990-1 y el año 2000, indican que no hay grandes diferencias en nuestra comunidad entre la población residente en el medio rural y la que reside en el medio urbano. Las principales diferencias en relación con el estado de salud se vinculan con la edad, así más del 75% de las diferencias en la percepción del estado de salud, en la restricción permanente de la actividad, en la prevalencia de enfermedades y en la utilización de servicios son atribuibles a diferencias de edad y en menor medida a diferencias de género. Las diferencias socioeconómicas medidas mediante el nivel de estudios realizados, la renta familiar o la ocupación, se manifiestan en relación con la percepción del estado de salud, así como en la prevalencia de problemas de salud declarados. Estas diferencias se reducen mucho a la hora de analizar la utilización de servicios sanitarios según categorías socioeconómicas, ya que al parecer, la accesibilidad geográfica y económica del sistema de cuidados en Navarra garantiza una utilización más igualitaria entre los grupos sociales. No obstante, se constata que los patrones de utilización de servicios preventivos es dos veces mayor en las clases altas que en las bajas. Cuando existe barrera económica, como ocurre con las prestaciones odontológicas, los colectivos más desfavorecidos son quienes hacen un menor uso de los servicios.

Los programas de salud de carácter poblacional puestos en marcha en los años 90 se muestran como importantes instrumentos de intervención en la comunidad en un doble sentido. Por un lado, por las buenas coberturas alcanzadas como consecuencia de una gran participación de las poblaciones a las que se dirigen, y por tanto del efecto que previsiblemente generarán a medio plazo. Y por otra, por el papel equilibrador que de-

sempañan dichos programas de salud en el territorio. La accesibilidad de las mujeres que participan en el programa de detección precoz del cáncer de mama a los servicios preventivos es un importante instrumento de intervención para reducir, que no eliminar, diferencias sociales en el estado de salud y en el comportamiento ante los servicios sanitarios de dichas mujeres. Las pruebas de detección precoz en recién nacidos, de metabolopatías y de sordera, alcanzan coberturas próximas al 100%. Así mismo, el programa de salud bucodental en marcha desde 1990, ha contribuido de forma eficaz a la reducción de la prevalencia e intensidad de la caries en la población infantil, con mejoras del 60-65% en el índice CAOD. Si bien la reducción de caries ha sido algo mayor en el medio urbano que en el rural, cabe señalarse que dicho programa logra reducir las diferencias existentes anteriormente en cuanto al acceso de las poblaciones rurales a los tratamientos reparadores respecto a las poblaciones urbanas. Aun y todo, la población infantil rural y la de clase social baja siguen manifestando diferencias en su estado de salud bucodental respecto a la urbana y a las clases altas ya que presentan una mayor prevalencia de caries. El hábito de cepillado de dientes es manifiestamente menor en el medio rural.

Respecto a la extensión de la cobertura de atención sanitaria pública a todos los residentes de la Comunidad Foral, las actuaciones normativas realizadas en 1991 y 1996 establecían el derecho y el instrumento para hacerlo efectivo, para aquellas personas y colectivos no protegidos por ninguno de los regímenes públicos vigentes. Sin embargo, todavía el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria se encuentra en el INSS y el derecho lo acredita el número de la Seguridad Social, dando lugar a 41 grupos asistenciales diferentes en función de las características del título que le da acceso a la prestación sanitaria. Y todo ello en un contexto donde la financiación de la asistencia sanitaria esta absolutamente desvinculada de la Seguridad Social desde el ejercicio presupuestario de 1999.

Por otra parte, el año 2000 se aprueba una Ley Foral por la que se extiende la cobertura de asistencia sanitaria del sistema sanitario público de Navarra a todos los inmigrantes en la Comunidad Foral.

MORTALIDAD

En los últimos años, la mortalidad ha mostrado una tendencia descendente constante. Así, la mortalidad registrada en el quinquenio 1991-95 respecto a 1981-85 ha supuesto un descenso de 20,9% en las mujeres y un 16,7% en los hombres. Esa tendencia se mantenía en el periodo 1996-98.

La reducción de mortalidad ha interesado todas las edades, excepto el tramo de edad de 25 a 35 años en ambos sexos como consecuencia del impacto del SIDA (Fig. 1).

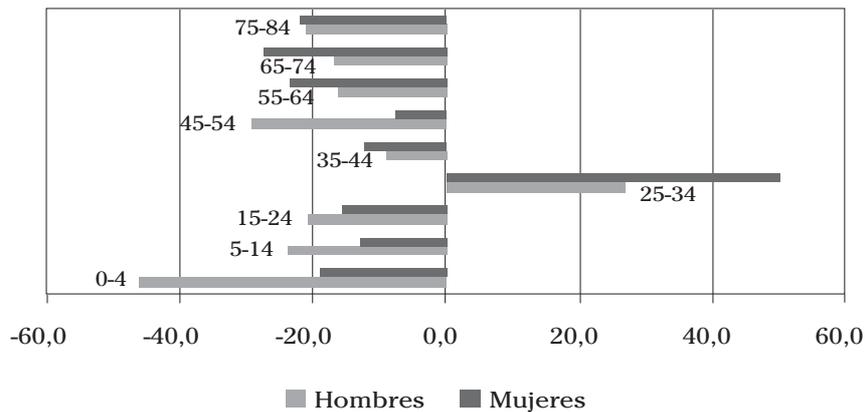


Figura 1. Variaciones en la mortalidad por edad entre los quinquenios 1981-1985 y 1991-1995.

Fuente: INE. Elaboración ISP.

El Plan de Salud enunciaba 8 objetivos dirigidos a reducir la mortalidad por diferentes causas o en diferentes situaciones. Las principales modificaciones se dan en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares donde la caída iniciada a principios de los años 80 ha tenido continuidad en los primeros años 90. Así, la tasa de mortalidad por estas causas se ha reducido en un 15% entre 1986-90 y 1991-95. Igualmente la mortalidad infantil ha sufrido una importante reducción situándose las tasas por debajo de lo previsto en el Plan ya desde el año 1993.

Por el contrario, la mortalidad por cáncer de pulmón ha continuado incrementándose en todas las edades. En concreto en los hombres la tasa se incrementó en un 17,2% en el quinquenio 1991-95 respecto a 1986-90. En ese mismo periodo de tiempo, la mortalidad por cáncer de mama ha aumentado un 3,9% para el conjunto de las mujeres de Navarra, si bien el objetivo previsto abarcaba 10 años de intervención y sólo han transcurrido 5. En cualquier caso el incremento de la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres en ese periodo ha sido mucho menor que en los quinquenios anteriores. Con los datos provisionales de mortalidad de 1996 al 98 se constata un importante incremento en la supervivencia de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, expresión parcial del impacto del programa de detección precoz.

En cualquier caso junto a la buena evolución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en ambos sexos, hay que señalar el constante incremento de la mortalidad por tumores entre los hombres, un 10%

respecto a 1981-85. El principal componente de ese incremento ha sido el cáncer de pulmón, que ha crecido de forma proporcional al aumento de su incidencia. También hay que significar el estancamiento de la mortalidad atribuible al conjunto de cánceres en la mujer, a pesar de los incrementos antes señalados para el cáncer de mama.

Los accidentes de tráfico se han reducido en los primeros años de la década de los 90 respecto al anterior quinquenio en un 23,3% en los hombres y en un 8,7% en las mujeres, pero aún así continuamos con tasas altas, superiores a las medias europeas.

Los accidentes laborales mortales en el puesto de trabajo (excluidos los "in itinere"), tras constatarse una leve mejoría a mediados de los años noventa respecto a los finales de los 80, presentan un importante incremento en el último año.

La valoración global de los objetivos relacionados con la mortalidad se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Valoración de la situación de los objetivos de mortalidad.

Objetivos de mortalidad	
Mortalidad por cáncer de mama	No valorable
Mortalidad cardiovascular	+++
Cáncer de estómago	++
Accidentes de tráfico	+
Mortalidad infantil	++
Mortalidad materna	-
Cáncer de pulmón	--
Accidentes de trabajo	-/+

MORBILIDAD E INCAPACIDAD

Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas a lo largo del decenio han seguido una evolución en su conjunto muy positiva, reduciéndose la incidencia de las mismas de forma muy notable. En la tabla 2 se presenta la evolución de la declaración de casos desde 1993.

- Brotes epidémicos: las toxiinfecciones alimentarias han sido y siguen siendo los brotes más frecuentemente detectados. El ger-

men más veces aislado entre los brotes estudiados ha sido del genero *Salmonella* (sobre todo *S. enteritidis*).

- Enfermedades de Transmisión Alimentaria. La declaración de casos relacionados con toxiinfecciones alimentarias se ha reducido en un 50%.
- Enfermedades de Transmisión Respiratoria. La meningitis presenta incidencia baja desde 1994, registrandose desde entonces entre 12 y 19 casos por año. La tuberculosis respiratoria presenta una incidencia estabilizada en el decenio y empiezan a presentarse casos de Legionelosis desde 1998.
- Enfermedades de Transmisión sexual. Tras continuos descensos en la declaración de casos, se incrementa la declaración de infección gonocócica desde 1998.
- Enfermedades Prevenibles por inmunización. Han presentado muy buena evolución alcanzándose mínimos históricos. El año 1992 tuvo lugar el último brote importante de sarampión.
- Hepatitis víricas. Incidencia estabilizada en cifras bajas en el último quinquenio
- Zoonosis. La brucelosis presenta mínimos históricos, estando asociada principalmente a casos de exposición profesional. La hidatidosis, con oscilaciones, presenta una tendencia descendente en el último quinquenio.
- Enfermedades importadas. Aumento del paludismo a lo largo de los últimos años, vinculado a desplazamientos a países endémicos o a población inmigrante.
- Otras enfermedades. Presentación desde 1998 de casos de carbunco en relación con exposición profesional y de dos casos importados de tularemia por manipulación de animales de caza.

Tabla 2. E.D.O. Casos declarados. 1993-2000.

ENFERMEDADES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Enfermedades de Transmisión Alimentaria								
F.Tifoidea y Paratifoidea	5	5	3	2	2	3	1	-
Disentería Bacilar	4	9	4	8	6	4	2	3
Toxinfeción Alimentaria	631	521	482	750	444	567	496	288
Triquinosis	-	10	-	-	-	-	-	-
Enfermedades de Transmisión Respiratoria								
Enfermedad Meningocócica	27	12	19	17	17	15	18	12
Gripe	47.850	27.759	44.612	38.997	20.462	44.666	59.159	31.103
Legionelosis	-	-	-	-	-	6	15	23
Tuberculosis respiratoria*	99	80	91	90	104	74	69	82
Otras Tuberculosis*	26	21	39	24	22	18	16	21
Varicela	3.738	5.267	1.076	2.273	3.817	2.231	2.461	4.232
Enfermedades de Transmisión sexual								
Infección Gonocócica	21	12	9	4	2	24	18	17
Sífilis	7	2	4	2	5	2	2	8
Enfermedades Prevenibles por Inmunización								
Parotiditis	39	45	59	51	58	27	32	28
Rubéola	97	71	76	265	35	7	11	5
Sarampión	44	24	75	42	19	1	3	-
Tétanos	-	-	-	-	-	1	1	-
Tosferina	32	14	14	42	7	6	14	23
Hepatitis Víricas								
Hepatitis A	20	24	12	16	11	11	17	24
Hepatitis B	25	17	20	16	17	17	10	11
Otras Hepatitis	-	-	10	3	9	12	6	7
Zoonosis								
Brucelosis	21	14	13	17	11	6	3	2
Hidatidosis*	37	22	39	26	17	9	11	12
Leishmaniasis	-	1	-	-	-	1	1	2
Enfermedades Importadas								
Paludismo	2	3	1	4	2	8	16	5
Otras Enfermedades								
Carbunco	-	1	-	-	-	3	2	3
Tularemia	-	-	-	-	-	2	-	-

* Pendientes de revisar Altas Hospitalarias de 2000.

Fuente: ISP.

Entre 1985 y junio de 2000 se han notificado y confirmado 672 casos de SIDA en residentes de Navarra, el 58,2% de los cuales había fallecido. Desde el año 1995, año de máxima declaración, los casos declarados han ido descendiendo hasta situarse en el año 1999 en el 30% del nivel de entonces (Se ha pasado de 93 a 28 casos). La difusión del SIDA en nuestra comunidad, al igual que en otros países del sur europeo, está muy ligada al uso no higiénico de jeringuillas, ya que esta práctica representa el antecedente principal en el 68% de los diagnosticados de SIDA.

La infección por VIH que en ese periodo ha afectado a 1.900 ciudadanos residentes en nuestra comunidad, presenta la incidencia máxima de la década en 1991 con 234 casos. Desde entonces se ha dado un descenso constante de aproximadamente el 10% anual, hasta el año 1999 cuando se dieron 40 casos nuevos. El 83% de los infectados eran usuarios de drogas de inyección. A pesar de la disminución de nuevos casos, la tasa anual en 1998 ascendió a 166 infecciones por 100.000. Esta tasa todavía es muy elevada en comparación con la de otros países europeos que han aportado información obtenida por procedimientos similares, lo que demuestra la necesidad de mantener e intensificar las actividades de prevención.

Estas importantes reducciones en la incidencia de infección por VIH y de SIDA se relacionan con la disponibilidad y uso sistemático de las nuevas medicaciones antirretrovirales junto a la difusión y aplicación de las medidas preventivas promovidas desde diferentes organismos.

Minusvalías psíquicas

En el último quinquenio se ha dado una importante reducción de recién nacidos con Síndrome de Down próxima al 50%, merced a la puesta en marcha de las actividades coordinadas por la Comisión de Diagnóstico prenatal del Hospital Virgen del Camino. La práctica de exploración ecográfica especializada a todas las mujeres embarazadas y la realización de tests de alfafetoproteína y pruebas genéticas a los embarazos definidos de riesgo, han sido las principales mejoras incorporadas desde 1995 en el control de embarazo.

Salud bucodental

La realización en 1997 de un nuevo estudio de la salud bucodental de la población infantil de Navarra permite su comparación con la realizada el año 1987. La evolución cabe calificarse de muy satisfactoria, ya que los objetivos planteados en 1990, se cumplieron con creces, evidenciándose mejoras a varios niveles.

La prevalencia de población con caries ha disminuido, así como el número de caries. La mitad de la población de 14 años tiene la boca sin caries, a los 12 años el 57,8%. El nº de caries a los 12 años se ha reducido en un 64%, constatándose un índice CAO de 0,90 (menos de una carie por ni-

ño/a explorado/a). Además a esa edad, el 81,1% de las caries están tratadas. Este índice de restauración es muy superior al constatado en otras comunidades y es atribuible principalmente a la aplicación del Plan de Asistencia Dental Infantil (PADI) cuyas principales actividades han sido el tratamiento de las caries en dientes definitivos y la aplicación de selladores preventivos. Anualmente participan en las actividades del programa dos de cada tres destinatarios del mismo.

La salud periodontal ha mejorado en este periodo ya que el porcentaje de población de 14 años sin sarro periodontal ha pasado del 17 al 87%. Aún así, esta mejora es parcial ya que otros indicadores muestran que la higiene dental no es la adecuada (presencia de sangrado gingival 63,1%). Así, en 10 años se ha doblado el porcentaje de población que se cepilla los dientes más de una vez al día, pero todavía sólo representa el 46,4%. Mientras que el 22,7% se cepilla menos de una vez al día.

Enfermedades cardiovasculares

No se dispone de información acerca de la evolución de la incidencia de las enfermedades cardiovasculares que nos permitiera relacionarla con la ya comentada disminución de la mortalidad atribuible a las mismas en los últimos 15 años.

La actual incidencia de Infarto Agudo de miocardio en los hombres de Navarra (1997) es superior a la media observada en el estudio IBERICA en 8 territorios del Estado. En las mujeres, la incidencia es asimilable a la media. La letalidad en los 28 días siguientes al suceso fue del 38,7% (10,2% en los hospitales y el 28,5% antes de llegar a un hospital).

Sí se dispone de información de la hospitalización por problemas cardiovasculares en el último quinquenio. Para la población de 35 a 65 años, el conjunto de patología coronaria atendida en los hospitales del SNS-O permanece estable desde 1996.

La incapacidad vinculada a los problemas cardiovasculares se empieza a conocer estos últimos años y viene a suponer el 10% de la incapacidad permanente, tanto total como absoluta, de la población activa de Navarra. En el conjunto de la población del Estado, según refiere la reciente encuesta de discapacidades del INE, los problemas cardiovasculares están en el origen del 4% de todas las discapacidades. La incapacidad temporal generada por la patología coronaria el año 2000 supusieron 182 bajas laborales de 223,5 días de duración media.

Enfermedades respiratorias

No se dispone de información para valorar la evolución de la incidencia de las enfermedades respiratorias.

Alrededor del 9% de los españoles adultos entre 40 y 69 años padecen algún tipo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pe-

ro ocho de cada diez no están diagnosticados a pesar de tratarse de problemas de salud cuyos efectos a medio plazo en el organismo de los afectados son a menudo letales según el reciente estudio *IBERPOC* (1996-97). El trabajo realizado en 7 provincias españolas destaca también la gran variabilidad geográfica observada ya que ha detectado prevalencias que oscilan desde 4,9% hasta el 18%.

Por otra parte, la incidencia de cáncer de pulmón sigue aumentando de forma constante en la población de Navarra. Respecto al periodo 1983-87 la incidencia anual hasta 1994 se ha incrementado en un 40% en los hombres menores de 65 años en quienes ocurren el 42% de los casos. El incremento de la incidencia entre tanto en la población mayor de 65 años ha sido del 25%. Según los últimos datos publicados por el registro de Cáncer de Navarra (1995-96), el cáncer de pulmón representa el 15,8% de todos los tumores malignos en el hombre y el 2,1% en las mujeres.

Diabetes

No se dispone de información que nos permita afirmar una mayor o menor prevalencia de la diabetes respecto a hace 10 años. La mayoría de autores coinciden en que previsiblemente ésta haya aumentado, en parte como consecuencia de una mayor incidencia consecutiva a la acción de factores de riesgo conocidos, especialmente obesidad, y en buena medida por la mayor capacidad de diagnóstico de los servicios sanitarios (realización de glucemias de rutina o por otros motivos).

En Navarra, la atención al enfermo diabético en atención primaria está normalizada y en aplicación como servicio específico para el 85,6% de la población. El sistema de información para 1999 refiere que el 3,9% de la población está siendo atendida por esta enfermedad. La encuesta de salud de Navarra 2000 recoge así mismo una prevalencia conocida de $3,6\% \pm 0,95$ para los mayores de 16 años. La buena colaboración entre endocrinólogos y médicos generales se refleja en que el 60% de los problemas crónicos endocrinológicos son atendidos por atención primaria, el resto por los especialistas.

La evolución de las complicaciones en los pacientes diabéticos está menos estudiada. En 10 años en Cataluña los pacientes con nefropatía diabética se han triplicado llegando a ser el 18% de todos los casos de insuficiencia renal. Así mismo, otros estudios informan que entre el 7,5 y 8,5% de los diabéticos presentan nefropatía diabética y que 5,8% sufren retinopatía proliferativa. La población diabética con alguna afectación retiniana era aproximadamente el 45%.

En los hospitales públicos de Navarra el año 1998 se registraron 407 hospitalizaciones causadas por la diabetes (el 0,8% del total). Ese mismo año la diabetes estuvo presente en otras 3.032 hospitalizaciones sin que fuera la diabetes el motivo directo del ingreso.

Enfermedades laborales

El Plan de Salud de 1991 planteaba dos tipos de objetivos en relación con la prevención de las enfermedades de origen laboral. Por un lado la extensión de los servicios de vigilancia de la salud y de los riesgos laborales y por otra la evitación o reducción de determinadas patologías.

Pasados 10 años y de acuerdo con la normativa desarrollada, los antiguos servicios médicos de empresa se han reconvertido en los actuales servicios de prevención, los cuales atendían a 31 de Diciembre de 1999, al 18,2 % de la población asalariada de Navarra. Se corresponde con las empresas de mayor tamaño. Si además consideramos el servicio preventivo concertado por las empresas (no propio), la cobertura de la vigilancia llega a cubrir al 24% de los asalariados.

A lo largo del decenio se han cursado 9 partes de enfermedad profesional (correspondientes a 8 trabajadores) con el diagnóstico de silicosis y se han iniciado los exámenes de salud a trabajadores que en la actualidad o en el pasado han estado expuestos laboralmente al amianto, pertenecientes a 25 empresas y que en diferentes grados de exposición suman 1.800 trabajadores mayoritariamente del sector de fabricación de accesorios de vehículos de motor.

En este mismo periodo las empresas han declarado 6 partes de saturnismo laboral correspondientes a 4 trabajadores.

Desde el Instituto Navarro de Salud Laboral y por medio del registro de Cáncer de Navarra se viene aplicando vigilancia sobre la incidencia de cáncer de localizaciones específicas, asociadas a cancerígenos específicos de uso en diversos sectores laborales.

Incapacidad y accidentes de tráfico

En el año 2000 las lesiones generadas fuera del entorno laboral generaron 9.400 bajas laborales, que supusieron el 11% del total de bajas. La duración media de la baja fue de 38 días. Se estima que un tercio de dichas lesiones fueron generadas por accidentes no laborales.

Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud realizada por el INE (1999), las discapacidades derivadas por los accidentes de tráfico representan el 1,9% del total. Expresado en prevalencia, 1 de cada 625 ciudadanos de menos de 65 años y 1 de cada 312 mayor de 65 años sufre alguna discapacidad como consecuencia de un accidente de tráfico. Las deficiencias que más frecuentemente generan los accidentes son las localizadas en el sistema osteoarticular en un 56% de los casos, seguido de las del sistema nervioso en un 14%. No disponemos todavía de información acerca de la severidad de la discapacidad generada por los accidentes.

Si consideramos todo tipo de accidente (laboral, de tráfico, en tiempo de ocio, doméstico y otros), estos contribuyen al 14,2% de la discapacidad en menores de 64 años y al 7,0% en los mayores de 65 años.

Para valorar el peso de cada causa en la discapacidad, se ha trasladado la estructura de causas de la discapacidad del Estado a la población de Navarra. Destaca la enfermedad común ya que 1 de cada 2 menores de 65 años y 2 de cada 3 mayores de 65 años sufre discapacidad como consecuencia de alguna enfermedad, principalmente osteoarticular, de la vista y del oído (Tabla 3).

Tabla 3. Cálculo para Navarra de población discapacitada según causa y grupo de edad.

	de 6 a 64	65 y más	Total	%
Congénita	2.223	522	2.746	6,8
Problemas de parto	527	26	553	1,4
Accidente de tráfico	499	261	760	1,9
Accidente doméstico	242	522	765	1,9
Accidente de ocio	214	157	371	0,9
Accidente laboral	770	444	1.214	3,0
Otros accidentes	299	444	743	1,8
Enfermedad común	6.798	17.320	24.118	59,7
Enfermedad profesional	513	444	957	2,4
Otras causas	1.853	5.564	7.417	18,4
No consta	314	418	732	1,8
Total	14.251	26.124	40.375	100,0

Fuente: Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, INE 1999.

MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS

La percepción del estado de salud

El Plan de Salud de 1990 formulaba un ambicioso objetivo de mejora de la percepción de la salud por parte de la población cifrada en un 10%. Las encuestas de salud realizadas en 1990 y en 2000 no determinan diferencias en dicha percepción para el conjunto de la población. Se constata que 3 de cada 4 ciudadanos considera bueno su estado de salud en el último año, si bien la mujeres lo perciben peor que los hombres (74% frente a 81%). La edad discrimina la percepción a partir de los 65 años.

Diagnóstico precoz

Entendiendo que un diagnóstico precoz debe conllevar una mejora en la calidad de vida de las personas además de mejoras en la supervivencia y, coincidiendo con la puesta en marcha del programa de detección precoz del cáncer de mama, se formuló un objetivo de captación de tumores de mama en estadios muy precoces (estadio I o inferior).

Pasados 10 años desde el inicio del programa y habiéndose diagnosticado cáncer de mama en aproximadamente 1.000 mujeres, se constata que en 2 de cada 3 mujeres la captación se ha realizado dentro del objetivo planteado.

Considerando el conjunto de diagnósticos de cáncer de mama realizados en Navarra y no sólo los realizados en el programa, la captación en estadio I o inferior es aproximadamente del 25% del todos los diagnósticos.

Eliminación de las barreras físicas

El órgano competente para la planificación de la supresión y evitación en nuevos proyectos de las barreras arquitectónicas es la Administración Local. La actuación del Gobierno de Navarra se limita a la aplicación de las normas en los planes que promueve (p.e. Mendillorri), a realizar estudios y desarrollar una política de subvenciones a las administraciones locales.

Las actuaciones habidas en este ámbito han sido muy desiguales y fuera de un contexto planificado dirigido al objetivo de supresión de barreras. Por otra parte la realización de actuaciones no siempre significa la consecución de la accesibilidad, así, sólo el 30% de los pasos peatonales ejecutados en Pamplona a partir de la entrada en vigor de las normas eran accesibles en 1995.

La oportunidad de intervención se ha visto reforzada como consecuencia del acuerdo suscrito entre el Inerser y la Once por la que se financiarían el 66% de las actuaciones, siempre que la Administración local cumpliera con determinados requisitos de formalización de sus actuaciones en este campo.

Obesidad

Según la Encuesta de Salud de Navarra 2000 y a la vista de la relación entre la talla y el peso registrados, el 11,4% de la población mayor de 30 años se consideraría obesa (Índice de Masa Corporal >30), el 13,7% de las mujeres y 9,3% de los hombres. La población con sobrepeso (IMC>25 y <30) incluye al 50,9% de los hombres y al 31,5% de las mujeres.

Servicio y atención a los ciudadanos desde los centros de salud

El grado de implantación y desarrollo alcanzados por los servicios de atención primaria en Navarra en el último decenio ha sido muy importante. El establecimiento y la organización de actividades básicas para toda la geografía ha sido uno de los desafíos principales.

Entre otros servicios prestados desde los centros de salud y contemplados en el Plan de Salud se destacan:

- La captación a domicilio de los recién nacidos. El año 1998 esta actividad se desarrollaba en el 92% de las Zonas Básicas de Salud.
- Atención en el domicilio a los incapacitados. En 1999 el servicio se extendía en el 80% del territorio y atendía al equivalente del 7,9% de la población mayor de 65 años, allí donde estaba implantado.
- Atención a enfermos en las últimas etapas de la vida. Servicio en marcha en 32 zonas que cubre el 60% de la población y que en su conjunto atiende al 32,2% de la población que anualmente fallece en Navarra.

**RESUMEN DE LOS ESFUERZOS
DESARROLLADOS**

PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

Autoras: María Jesús Azagra, Marga Echauri, Angeloi Goya, María José Pérez Jarauta. Instituto de Salud Pública de Navarra.

APOYO SOCIAL

Este apartado incluye aquellas acciones dirigidas a aumentar y mejorar el tejido social ante problemas de salud.

Las principales actuaciones promovidas y desarrolladas en estos años han sido:

- Fomento del asociacionismo
- Fomento del voluntariado y apoyos informales
- Promoción de organizaciones no gubernamentales

Para tales fines, se han realizado diferentes actividades entre las que se destacan: el inventario de Recursos y Asociaciones relacionados con la Salud y una Guía para facilitar la constitución y funcionamiento de grupos de autoayuda. Se ha consolidado una convocatoria anual desde el Dpto. de Salud de apoyo a las organizaciones de afectados y para la realización de actividades preventivas y de otro orden complementarias a las desarrolladas por el Dpto. da Salud. En la convocatoria del año 2000 se adjudicaron ayudas por unos 200 millones de ptas.

EDUCACIÓN Y SALUD

Se ha establecido una línea estable de trabajo con el Departamento de Educación para desarrollar la educación para la salud en el medio escolar, tanto en actuaciones puntuales como de forma más sistemática. Ha funcionado de forma estable un grupo mixto formado por personal técnico del Instituto de Salud Pública y de la sección de reforma e innovación educativa del Departamento de Educación. Este equipo ha trabajado adaptando para Navarra el Real Decreto por el que se establecen las enseñanzas mínimas en lo relativo a la educación para la salud, y elaborando documentación para facilitar dicha introducción. En el año 1994 se ha firmado un convenio de colaboración entre los dos departamentos, para el desarrollo de la promoción y educación para la salud en el ámbito escolar en el marco del desarrollo de la LOGSE. En los últimos años se han centrado fundamentalmente en a) el programa de salud y desarrollo personal en

la adolescencia, cuyos ejes son la capacitación del profesorado, la edición y distribución de materiales de apoyo, y b) el programa de escuelas promotoras de salud.

Desde la Sección de Promoción de Salud del Instituto de Salud Pública se han desarrollado diferentes líneas de trabajo en materia de educación para la salud que se agrupan en 4 tipos de estrategias o tipos de actuaciones, como son información y consejo, educación para la salud individual y grupal y promoción de la salud.

Información y consejo

Con la oportunidad que les brinda la consulta o la visita domiciliar se aporta información que se centra fundamentalmente en el tipo y las características de la enfermedad que se diagnostica, en el tratamiento, en los autocuidados y los recursos disponibles, etc. A veces impulsado por el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), un cierto número de profesionales van añadiendo temas e incorporando a su práctica profesional, desde una perspectiva más preventiva, la información/consejo sobre distintos factores y situaciones o prácticas de riesgo en la infancia, personas adultas, salud mental, etc. En 1995 el Programa de Ayuda a Dejar de Fumar en Atención Primaria propuso como nivel básico de intervención el consejo sistematizado y apoyó su generalización a todos los Centros de Salud. También en 1995 desde el Programa del SIDA se elaboraron protocolos y se llevó a cabo formación en este tema.

Educación para la salud individual

Tanto la Educación para la Salud (EpS) individual como la grupal se ha ido incorporando como propuesta en los distintos Programas Marco (etarios y de género). Con el tiempo este tipo de actividades se han visto incluidas en los variados protocolos y programas incorporados a los servicios sanitarios, principalmente en atención primaria.

A lo largo del decenio la actividad ha ido transformándose desde una orientación o modelo informativo a otro de carácter más educativo.

Los temas principalmente tratados han sido los relacionados con la atención a las personas con procesos crónicos, y en la edad infantil lo relacionado con el cuidado del niño. En los últimos años, se ha extendido a la casi totalidad de centros de salud las actividades de educación a personas que quieren abandonar el hábito de fumar o en riesgo de infección por VIH y otros.

Si bien es una actividad generalizada e integrada en las actividades generales de los servicios sanitarios, allí donde actúan (en el centro o en el domicilio), la EpS entendida como un conjunto de sesiones organizadas,

utilizando recursos y técnicas específicas, se realiza de forma restringida y más frecuentemente por parte de personal de enfermería.

Educación para la salud grupal

Los centros de salud de Navarra cuentan con un amplio patrimonio de más de 800 intervenciones diferentes realizadas por 44 centros (86% de los existentes en Navarra). De estos, más de la mitad los realiza de forma continuada y con regularidad. Se llevan a cabo más proyectos en las zonas básicas con componente urbano o periurbano.

Todos los estamentos profesionales trabajan en la EpS grupal, siendo mayor la implicación de trabajo social y enfermería. Es importante señalar la cada vez mejor coordinación con otros servicios sociosanitarios y organismos de la comunidad, sobre todo en aquellos proyectos más relacionados con la prevención y la promoción de salud (Tabla 4).

Tabla 4. Resumen de los proyectos de EpS con grupos realizados en Navarra entre 1987 y 1997.

Población Diana	Nº Proyectos	Población Diana	Nº Proyectos
Mujer	316	Procesos crónicos	49
Infancia/ Escuela	101	Ancianos	26
Adultos	56	Minorías Etnicas	17

Fuente: ISP, I Jornadas de Educación en Salud y Promoción de Salud. 13 de Marzo de 1999. Ponencia

Promoción de la salud

Con respecto a promoción de la salud (entendida como actividades y proyectos que utilizan diferentes estrategias o métodos de la Promoción de Salud no específicamente educativos) se han desarrollado en la década citada las siguientes actividades: Información/comunicación sobre muy diversos temas, Canalización de las relaciones entre el centro de salud y el centro escolar, Acción comunitaria, incluyendo actividades de apoyo social, voluntariado, Medidas políticas, fundamentalmente municipales, en temas como espacios sin humo, prevención de accidentes infantiles, medio ambiente y basuras, acceso a instrumentos para la prevención, etc.

Varios de ellos tienen que ver con el ámbito escolar. En la mayoría participan profesionales de otros servicios socio sanitarios (servicios sociales municipales, salud mental, COFES...) y en algunos, también organismos de la comunidad (APYMAS, clubes de jubilados, grupos de mujeres, organizaciones juveniles, etc.). Estos tipos de actividades acompañan a veces a algunas de las charlas y proyectos educativos grupales, incluso, en ocasiones, se generan a partir de ellos.

Desde el año 1986 y hasta finales de 1997 se han llevado a cabo 10 cursos de formación en EpS grupal. Se ha tratado de cursos con duración entre 35 y 70 horas, dirigidos fundamentalmente a la capacitación en la programación de proyectos y a la realización de sesiones educativas grupales con metodología de pedagogía activa. En total, existen actualmente 200 profesionales formados, mayoritariamente de enfermería y casi todas las trabajadoras sociales. Respecto a la formación en EpS individual, se han llevado a cabo 4 cursos de entre 15 y 30 horas durante los años 95 al 97, existiendo en la actualidad alrededor de 80 profesionales formados. La formación en información/consejo se ha llevado a cabo en temas específicos, como tabaco o VIH/SIDA. Aunque no ha existido formación sobre la metodología global de la PS, sí sobre aspectos parciales como la autoayuda

Entre los materiales elaborados, los más importantes para la puesta en marcha de proyectos grupales son los de apoyo a los profesionales para la programación, que facilitan contenidos y actividades educativas diseñadas en las que basarse y dirigidas a: personas con enfermedades crónicas, madres y padres, adolescentes, mujeres en la madurez, así como protocolos para ayudar a dejar de fumar y experiencias de EpS grupal llevadas a cabo en estos 12 años desde los centros de salud en colaboración con otros servicios y organismos comunitarios.

Para la consulta individual, en los años 1999-2000 se han elaborado de forma participativa, editado y distribuido los materiales: a) Estilos de vida, Protocolos para profesionales, Educación y comunicación en consulta individual que propone actuaciones en alimentación, ejercicio físico y estrés y b) folletos: La Alimentación, El Ejercicio Físico y El estrés, que están contribuyendo a la atención protocolizada y apoyada en folletos.

Desde la perspectiva de Promoción de Salud se ha editado también el cuadernillo Estilos de vida, Acciones colectivas y comunitarias que pretende animar, dar ideas, ejemplos y posibilidades para trabajar en promoción de estilos de vida saludables.

PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

- **Alimentación:** durante el período se mantienen desequilibrios nutricionales y una alta prevalencia de enfermedades relacionadas con ellos. Según la Encuesta de Salud 2000, el 56% de los hombres y el 25% de las mujeres se encuentran con sobrepeso u obesidad, dándose en el grupo de 65 años y más la mayor prevalencia de obesidad.

- **Actividad física:** en esta década ha aumentado la prevalencia de personas que realizan actividad física en tiempo de ocio en las personas mayores de 45 años, no produciéndose modificaciones en los adultos jóvenes.

En la Sección de Promoción de Salud del Instituto de Salud Pública se ha venido desarrollando una línea de trabajo de Promoción de Estilos de Vida Saludable que incluye la alimentación, el ejercicio físico y el estrés, que desarrolla las siguientes estrategias: movilización de agentes de salud a favor de los estilos de vida saludables, apoyo a centros promotores de estilos de vida sanos e información sanitaria a la población.

• **Tabaco:** el programa de prevención del consumo de tabaco se ha desarrollado en la Sección de Promoción de Salud, dentro del Instituto de Salud Pública. En el último decenio el programa se ha centrado en tres grandes líneas: 1. La prevención al inicio del consumo. 2. Ayuda a dejar de fumar. 3. Promoción de espacios públicos sin humo.

En el medio escolar se ha trabajado directamente con el departamento de Educación para desarrollar actividades centradas en “Una Escuela sin Humo”. Pretende el cumplimiento de la normativa que limita el consumo de tabaco en centros docentes y la programación de actividades educativas integradas en las áreas curriculares.

La ayuda a dejar de fumar se ha desarrollado en dos líneas de actuación:

- Ayuda a dejar de fumar, dirigida a grupos de profesionales de salud y educación, en colaboración con los Colegios Oficiales de médicos y de enfermería de Navarra, el Instituto de Salud Laboral y la Sociedad de Medicina y Enfermería del Trabajo y el Departamento de Educación. Hasta la fecha se han desarrollado cuatro convocatorias en las que han participado 400 profesionales.
- Programa de Ayuda a Dejar de Fumar, que se oferta, tras su aprobación por Orden Foral de 8 de agosto de 1994, en los centros de salud y en algunas empresas. Se inició en Atención Primaria en 1995 con dos niveles de intervención: básico e intensivo. El nivel básico se realiza en todos los centros de salud, y consiste fundamentalmente en una pregunta sistemática - que se realiza en consulta- sobre el consumo de tabaco, el consejo de abandono a las personas que fuman, y la oferta de folleto explicativo a las personas que desean dejar de fumar. El nivel intensivo se empezó implantando en tres centros de salud, y actualmente (1999) se desarrolla en 33 de ellos (60%). Proporciona un plan de abandono individual o grupal a cualquier persona que desee dejar de fumar y precise ayuda e incluye la financiación de un tercio del tratamiento con sustitución de nicotina. Se estima que en estos cinco años han entrado en programa alrededor de mil quinientas personas. Además desde 1997 se desarrolla un programa similar en diferentes empresas. Un indicador de estas actuaciones puede ser el aumento del número de exfumadores entre los años 1990 y 2000, que pasa del 16% al 20%.

Se ha aprobado la siguiente normativa de apoyo:

- Orden Foral de 8 de agosto de 1994, por la que se establece un programa de ayuda al abandono del consumo de tabaco y declara espacios sin humo a todos los centros del sistema sanitario de Navarra. (BON de 16 de septiembre de 1994).
- Orden Foral 394/1995 sobre centros docentes, y la prohibición de la venta y el consumo de tabaco (BON de 18 de agosto de 1995).
- Ordenanza sanitaria de centros docentes del término municipal de Pamplona que prohíbe la venta y el consumo de tabaco (BON de 15 de febrero de 1995).

Por último se ha creado una Comisión por Orden Foral 259/1999, de 11 de octubre, del Consejero de Salud, por la que se crea el Comité de Expertos para la elaboración de un Plan Foral de acción sobre el tabaco 2000, que se aprueba el 15 de mayo de 2000. (<http://www.cfnavarra/salud>)

• **Alcohol:** comparando las Encuestas de Salud realizadas en 1991 y 2000 se concluye que:

- Ha disminuido el porcentaje de bebedores habituales: 40% *versus* 35%.
- La disminución se debe al descenso producido en los hombres (61 *versus* 52%) que se concentra en el grupo de edad de 25-44 años.
- En mujeres no ha disminuido el consumo habitual de alcohol.

La cantidad de alcohol consumido por los bebedores habituales también ha disminuido de manera significativa. En 1991 el 83% de los bebedores habituales tenían un consumo bajo-moderado y en el 2000 es un 88%.

ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE SITUACIONES EVITABLES

SALUD LABORAL

Autor: Mariano Gallo. Director Gerente del Instituto Navarro de Salud Laboral.

Prácticamente desde el momento de recibir las transferencias en materia de seguridad e higiene, en 1986, el Gobierno de Navarra adscribió medios y funciones al Departamento de Salud. En 1990 se publicó la Ley Foral de Salud, con una importante referencia a la salud laboral. El Plan de Salud de Navarra, aprobado en 1991, también contemplaba la seguridad y salud en el trabajo. En enero de 1993 se produjo un cambio sustancial al crearse el Instituto Navarro de Salud Laboral, organismo autónomo adscrito al Departamento de Salud. Se aprobó por el Gobierno de Navarra a propuesta conjunta de los consejeros de Salud, de Presidencia y de Industria, Comercio, Turismo y Trabajo. Este acto de coordinación administrativa pretendía coordinar e integrar, a través de un solo órgano técnico, todas las acciones y estructuras en estos temas.

Con todas estas actuaciones se ha pretendido superar visiones fragmentarias dentro del binomio Salud-Trabajo. Se tiene en cuenta no sólo el ámbito de las relaciones laborales sino también el de la promoción y protección de la salud, en el que los trabajadores deben incluirse como cualquier ciudadano. Se parte de una concepción amplia de la salud, extendiendo la acción preventiva y protectora a todos los campos, incluido el laboral.

Un hito importante en esta materia es el nuevo enfoque derivado de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que pretende pasar de la anterior cultura reactiva a otra eminentemente preventiva. Esta Ley y sus normas de desarrollo establecen unos principios básicos que se pueden resumir en universalización, coordinación, información, formación, participación, prevención, responsabilidad empresarial, integración, evaluación, planificación y actuación multidisciplinar; y continúan vigentes los apartados referidos a la salud laboral establecidos en la Ley General de Sanidad. Desde un principio era patente la necesidad de disponer de un marco de exposición de la política intersectorial de salud laboral en Navarra, que fijase los objetivos y las vías de colaboración entre las instancias interesadas para alcanzarlos y respondiese a las necesidades de la sociedad navarra en seguridad y salud en el trabajo, que no es otra cosa que un Plan de Salud Laboral, ya que sin él es difícil conseguir una acción eficaz. La ingente normativa de prevención de riesgos laborales publicada en los últimos años aconsejó demorar su aprobación definitiva, al considerar que debía ir en paralelo con el sentir de estas normas y el nuevo enfoque preventivo.

Este Plan fue presentado ante el Consejo de Gobierno del Instituto Navarro de Salud Laboral el 27 de octubre de 1998 y ante el Consejo Navarro de Seguridad y Salud en el Trabajo el 3 de noviembre de dicho año. Además está en perfecta concordancia con el Plan de Acción sobre la Siniestralidad Laboral aprobado por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo el 29 de octubre de 1998. El Plan de Salud Laboral de Navarra fue aprobado por el Gobierno en la sesión del 1 de marzo de 1999, siendo remitido posteriormente al Parlamento Foral.

Se parte de la situación de salud laboral en Navarra, presentando una relación de los principales problemas, obtenidos de los datos de cinco exhaustivos trabajos. Estos estudios son el Diagnóstico de salud laboral, la Encuesta navarra de salud y condiciones de trabajo (2.100 empresas y 2.500 trabajadores), el Programa de seguimiento de la implantación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (1.400 pequeñas y medianas empresas), el Repertorio legislativo de salud laboral y el Estudio de las referencias sobre salud y seguridad en el trabajo en los convenios colectivos.

Se identifican varios problemas. El paro descende pero sigue siendo importante el femenino. Aumenta el número de trabajadores afiliados a

regímenes especiales, lo que dificulta conocer la incidencia de lesiones laborales. La contratación laboral se incrementa sobre todo a costa de la temporal, surgiendo las empresas de trabajo temporal. El número de pequeñas y medianas empresas es altísimo, haciéndose más difícil la prevención. Es muy escasa la información sobre exposición a riesgos laborales sin reglamentación específica. Se observan serias deficiencias en los modelos y en la cumplimentación de los partes de siniestralidad laboral. Coexisten índices altos de accidentes de trabajo y subdeclaración de enfermedades profesionales. Es anecdótica la detección de enfermedades relacionadas con el trabajo. Es patente la dificultad para relacionar con el trabajo los procesos de incapacidad de aparente etiología común. En los demás registros (Mortalidad, EDO, Cáncer,...) se contemplan poco los aspectos laborales. La vigilancia de la salud suele ser inespecífica. Los trabajadores sienten riesgos con la postura; ven alta la carga de trabajo; consideran escasa la información, la formación y los estudios de puestos y consideran ineficaces los Delegados de Prevención y los Comités de Seguridad y Salud. La cultura preventiva apenas ha calado en las empresas y la aplicación práctica de las normas en los centros de trabajo es mínima. Y estas materias siguen ocupando una parcela pequeña en los convenios colectivos.

El Plan presenta cuatro grandes líneas estratégicas, dieciocho objetivos estratégicos, cuarenta y dos áreas clave de resultados y ciento diecisiete objetivos operacionales. La primera línea estratégica pretende crear demanda social de salud laboral para alcanzar un estado de opinión preventivo. La segunda opta por definir estructuras participativas y actuaciones coordinadas. La tercera busca conseguir la universalización de actuaciones, considerando el conjunto de agentes y ámbitos afectados y sus características. Y la última incide en la flexibilización y tecnificación de la normativa para alcanzar su adaptación a los diferentes sectores y tipos.

MEDIO AMBIENTE Y POLÍTICAS MEDIOAMBIENTALES

Autor: Javier Aldaz, Farmacéutico de Salud Pública. - Instituto de Salud Pública.

Es evidente la relación medio-salud, pero la concreción de esta relación es muy compleja y de carácter dinámico. Las políticas y acciones que el Plan se propuso, respondieron a una estrategia intersectorial implicando a las diferentes administraciones del ámbito local y foral y a la sociedad en general, incluyendo las empresas, trabajadores, etc.

Por otra parte, los déficits de los sistemas de información en materia de protección de la salud así como las dificultades existentes para su acceso, los importantes cambios habidos en la situación del medio desde la formulación del Plan (aparición de enfermedades emergentes relaciona-

das con los cambios habidos en el medio ambiente como la utilización de residuos de carnes en alimentación animal, incineración de residuos, alimentos modificados genéticamente, etc.) y el avance en el conocimiento de las relaciones de la salud con el medio gracias al desarrollo de la toxicología y epidemiología ambiental y laboral y de la evaluación de riesgos para la salud, ponen de manifiesto las dificultades encontradas para la valoración del cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud de 1991 en materia de Protección de la Salud, valoración que, necesariamente, será descriptiva y cualitativa.

Políticas medioambientales

La profundización en la integración europea hace que cada vez sea mayor la importancia de las normas comunitarias y su transposición estatal en el marco normativo concreto de la protección del medio ambiente, la prevención de los riesgos laborales y la seguridad alimentaria.

En el ámbito normativo se han aprobado reglamentos importantes en materia de residuos (Ley Foral de la gestión de los residuos especiales, normas sobre residuos sanitarios y peligrosos) uso y distribución de plaguicidas, adecuación de la normativa sanitaria de piscinas, regulación de la distribución y venta de medicamentos veterinarios, destrucción de residuos animales de alto riesgo y creación del registro y desarrollo del control de establecimientos alimentarios.

En cuanto a la implantación del Programa de Atención al Medio en las estructuras de Atención Primaria de Salud, puede afirmarse que muy poco se ha avanzado, manteniéndose muy bajo el protagonismo y la actividad de ese nivel de atención sanitaria en este campo.

Si bien no era un objetivo del Plan en cuanto a las políticas medioambientales, merece destacarse el amplio desarrollo del modelo mancomunado de la gestión del medio en el ámbito local. Este modelo, promovido desde las diferentes administraciones de la Comunidad Foral, optimiza la utilización de los recursos logrando una mejor economía de escala al conseguir la masa poblacional y el ámbito geográfico suficientes para lograr los medios económicos, materiales, técnicos y de control necesarios para el desarrollo de una gestión eficaz de las competencias locales en estas materias. En el año 1999, diferentes mancomunidades constituidas en nuestra Comunidad daban cobertura de sus servicios (gestión integral del agua, de los residuos, transporte urbano...) a un total de 406.029 habitantes, es decir, el 77,20 % de la población total.

Agua

Se constata una evidente mejora en la calidad del agua de abastecimiento público que nos aproxima al logro de los objetivos del Plan de Salud, es decir, 95 % de la población con sistema de desinfección del agua

de bebida (actualmente se supera el 92 %) y al menos el 92 % de la población recibe siempre el agua de calidad potable (actualmente aproximadamente el 90 %). El mayor problema existente en la actualidad se concreta en las pequeñas localidades y zonas geográficas de población muy dispersa que no disponen de las infraestructuras y medios técnicos necesarios para la gestión idónea del sistema de abastecimiento de agua potable.

El desarrollo progresivo del Plan Director de las aguas residuales de Navarra, con inversiones globales en el periodo 1989-1999 de 14.285 millones de pesetas, ha permitido la implantación de un total de 46 plantas depuradoras en otros tantos núcleos de población y la actuación concreta de la implantación del tratamiento secundario en la depuradora de Arazuri han permitido alcanzar una elevada cobertura poblacional del tratamiento de las aguas residuales urbanas (77% de los vertidos urbanos cuentan con tratamiento biológico).

La evolución de la calidad del funcionamiento de las instalaciones de baño en las piscinas de uso público ha sido francamente positiva durante los años de desarrollo del Plan. A ello ha contribuido tanto el esfuerzo del sistema sanitario público mediante inspecciones, controles y asesoría técnica, así como la política de subvenciones destinadas a la mejora de las instalaciones de las piscinas de uso público.

La evolución de la calidad de las aguas de baño naturales, si bien de una escasa utilización en nuestra Comunidad, no es tan positiva, ya que la depuración de las aguas residuales urbanas es de escasa eficacia sanitaria y existe un gran número de focos contaminantes dispersos que producen una incidencia muy negativa en la aptitud de las aguas naturales para el baño.

Calidad atmosférica

En el nivel local y con los resultados de la Red de vigilancia de la contaminación atmosférica disponibles, puede afirmarse que no se superan en ningún caso los valores límites establecidos por la Unión Europea. Por lo tanto, con excepción de problemas muy puntuales y concretos de contaminación atmosférica, la calidad del aire ambiente en el nivel local es buena, persistiendo focos industriales aislados, principalmente derivados de actividades extractivas, abonos, industria química y de tratamiento de metales y de incineración de residuos así como puntos concretos de contaminación del aire por el tráfico, que permanecen como puntos de exposición máxima de la población a los contaminantes atmosféricos. Estas afirmaciones deben matizarse en cuanto a su validez por lo limitado de los datos de calidad del aire existentes.

En cuanto a los ambientes interiores, si bien existe escasa información al respecto, se conoce la creciente incidencia y detección de casos de legionella y aspergilosis asociados a usuarios concretos de centros hospitalarios y comunitarios.

Las ayudas públicas para la prevención industrial de la contaminación, la mejora del parque automovilístico, la sustitución de combustibles, la utilización de fuentes de energía menos contaminantes y el creciente uso de fuentes de energía alternativas son factores muy positivos en la evolución de los problemas de calidad del aire.

Residuos sólidos urbanos

En este sector del medio se han producido cambios importantes como son los cambios en la composición y el importante incremento de las tasas de producción de residuos por habitante como consecuencia de los cambios habidos en el consumo familiar y comercial. Junto a ello, se han producido indudables avances atribuibles al desarrollo del Plan director de la gestión de los residuos urbanos y al incremento de la cobertura de las mancomunidades de gestión de los residuos urbanos, que alcanzan a la práctica totalidad de la población con servicios de recogida de mayor frecuencia, depósito de los residuos en contenedores, recogida selectiva, incremento del reciclaje y de la minimización y la mejora de las instalaciones de tratamiento de residuos.

Residuos sanitarios

A partir del año 1993, la Comunidad Foral se ha dotado de una normativa específica para la gestión de estos residuos, lo que ha permitido la implantación de planes específicos hospitalarios y la eliminación, casi total, de la incineración de residuos sustituida por el autoclavado, lo que conlleva una mejora evidente de las afecciones sobre la salud pública y el medio ambiente producidas por estos residuos.

Residuos peligrosos

La Ley Foral y el Plan Foral de gestión de los residuos peligrosos son respectivamente los marcos normativos y de gestión de los residuos peligrosos. Las directrices establecidas priorizan la prevención de la producción de estos residuos y cuando no es posible, la reducción de su peligrosidad o su eliminación segura. Un total de 9 entidades están inscritas en el registro creado al efecto como gestores de residuos peligrosos y 17 como recogedores –transportistas de estos residuos–. La falta de instalaciones seguras para el tratamiento y eliminación de los residuos peligrosos en Navarra, es el principal problema pendiente de solución adecuada.

Plaguicidas y herbicidas agrícolas

El año 1994 se establecieron las normas forales reguladoras del registro de establecimientos y servicios plaguicidas, libro de movimiento de plaguicidas tóxicos y carnet de aplicadores de plaguicidas que ha permitido la ordenación básica de este sector.

Entre los factores positivos merecen destacarse la disminución evidente de la peligrosidad de los productos utilizados como consecuencia de la prohibición de los más tóxicos y la puesta en el mercado de productos eficaces menos peligrosos, el mayor conocimiento y formación técnica de los usuarios y la labor de asesoría desde diversos organismos a los aplicadores de plaguicidas gracias a las actividades de asesoría y educación llevadas a cabo.

Uno de los problemas, que aún persisten, radica en el desconocimiento de los modos seguros de utilización de plaguicidas por parte de los aplicadores, que deberá corregirse mediante acciones formativas generalizadas que eviten los riesgos profesionales y la falta de respeto a las normas en la aplicación, produciendo contaminación del agua, aire, suelo y de los productos alimenticios al no respetarse, siempre, los plazos de espera con la consecuente exposición de la población general a estos productos peligrosos. La desaparición del servicio público de desratización, desinfección y desinsectación del Gobierno de Navarra es un posible problema en este campo por el vacío que se produce en este servicio que se ofertaba a los municipios de Navarra.

Zoonosis. Campañas de vacunación de TBC y Brucella

La cobertura vacunal frente a las antropozoonosis más habituales se acerca al 100 % de la cabaña animal de Navarra.

El programa de prevención de la hidatidosis con acciones de profilaxis mediante la administración de fármacos antiparasitarios y el enterramiento de animales muertos (fosas de enterramiento subvencionadas a los municipios) han conseguido que los nuevos casos de estas enfermedades hayan disminuido sensiblemente.

Las medidas antes apuntadas y las correspondientes a la higiene e inspección alimentaria han contribuido a que la TBC, brucelosis e hidatidosis de transmisión zoonóticas sean en la actualidad enfermedades prácticamente del ámbito exclusivamente profesional.

En este tema es inquietante la aparición de las encefalitis espongiiformes transmisibles en animales de producción cuyo abordaje sanitario requiere medidas novedosas que implican el control estricto y global de la cadena alimentaria y del tratamiento de los residuos.

Higiene alimentaria

El registro de establecimientos alimentarios, las actividades de inspección y de educación sanitaria y la progresiva implantación de programas de puntos críticos en la industria alimentaria mejoran sensiblemente la situación existente en la seguridad alimentaria al inicio del Plan de Salud.

La aparición de enfermedades infecciosas emergentes (cepas enterotoxígenas de *E. coli*, listeriosis, encefalopatías espongiiformes...) y la práctica de la utilización de plaguicidas y medicamentos veterinarios que dejan concentraciones de residuos en alimentos inadmisibles, son algunos de los problemas más ampliamente detectados y a los que deberá prestarse mayor atención en el futuro.

En conclusión, con carácter general puede afirmarse que la situación del medio ambiente humano y de las actividades de protección de la salud han mejorado sensiblemente en los años del desarrollo del Plan de Salud de Navarra. Los puntos débiles que se detectan en este diagnóstico general, descriptivo y necesariamente limitado, son los siguientes:

- Déficits de información sobre los factores de riesgo del medio y sobre la posible exposición de la población como consecuencia de lo limitado de los sistemas de información (escasos parámetros controlados, escasa cobertura geográfica y poblacional), dispersión administrativa de la información y falta de coordinación.
- Dificultad de evaluar la incidencia de los riesgos del medio en la morbilidad y mortalidad de la población afectada.
- Escasa influencia del Sector Sanitario en las políticas intersectoriales.
- Insuficiente desarrollo de los programas de salud ambiental y, en ocasiones, falta de agilidad de reacción para adaptar los esfuerzos a los verdaderos problemas que afectan a la salud humana.
- Inexistencia de una práctica de evaluación del riesgo para la salud en las políticas, actividades e incidentes con repercusión en la salud humana.

MEJORA DEL SISTEMA DE CUIDADOS

ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Alvaro Gimeno, Isabel Ansa, Javier Apezteguía, Ana Granado y M^a José Lezáun. Dirección de Atención Primaria.

Introducción

En el desarrollo de los servicios sanitarios, la década de los 90 es una etapa en que se ha ido avanzando paulatinamente desde un modelo más centrado en la mejora de la estructura a un modelo más centrado en el funcionamiento.

Aun cuando las actuaciones de desarrollo de ambos modelos se solapan a lo largo de la década, a grandes rasgos, los primeros años vienen marcados por el desarrollo más estructural y los segundos por el funcional. De forma esquemática podríamos caracterizar estas etapas tal como se presentan en el cuadro siguiente, para concluir que la década de los 90 ha servido para avanzar desde la inexperiencia a la madurez organizativa y al desarrollo funcional (Tabla 5).

Tabla 5. Evolución de la atención primaria en Navarra.

	1ª FASE: MODELO ESTRUCTURAL	2ª FASE: MODELO FUNCIONAL
Conceptual:	Discurso comunitario → organización servicios sanitarios	- Provisión de servicios sanitarios de carácter integral
Estructura:	- Mejoras importantes en estructura física y recursos humanos	- Consolidación con las lógicas deficiencias
Funcional:	Centrado en la ordenación macro de las Zonas Básicas de Salud → mejora de la oferta	- Organización interna de los equipos de atención primaria (EAP) - Definición y mejora de la oferta de servicios del EAP y de sus profesionales - Coberturas y calidad de la oferta
Recursos:	Indefinición de costes → conocimiento y control de costes estructurales (estructura física y personal)	Uso racional de los recursos: estructurales y de funcionamiento (farmacia, pruebas complementarias, remisión a especializada, etc.)

La estructura y los recursos

El año 1999 finalizó la implantación de zonas básicas de salud (ZBS) quedando así extendido el nuevo modelo asistencial a lo largo de todo el territorio, culminando el proceso de creación de infraestructuras y constitución de equipos de trabajo en atención primaria iniciado en 1985.

La mejora tanto de estructura física como de recursos humanos a lo largo de la década ha sido importante y en el momento actual con las lógicas y puntuales deficiencias (s.t. administrativos en zona rurales) puede considerarse como adecuada y consolidada.

Además del centro de salud presente en cada una de las 53 Zonas Básicas, se cuenta con 264 consultorios distribuidos principalmente por todo el ámbito rural.

La incorporación de personal a los EAP ha sido un continuo a lo largo de toda la década, sumando en la actualidad mil trabajadores, con la composición recogida en la tabla 6.

Tabla 6. Recursos en atención primaria. Año 2000.

Médicos	Pediatras	Enfermeras	A. Advos.	Celadores	Trabajadores Sociales	TOTAL
316,20	79,20	374,90	166,90	25,00	33,50	996

Los ratios actuales una vez estandarizada la población (diferentes cargas de trabajo por grupos de edad) se referencian en la tabla 7.

Tabla 7. Recursos y población asignada en atención primaria. Año 2000.

	Centros Urbanos	Rurales Grandes	Rurales Medianos	Rurales Pequeños	Z. Especial Actuación
Nº TIS por Pediatra	1.076	1.076	1.076	1.076	1.076
Nº TIS por Médico General	1.513	1.465	1.129	918	471
Nº TIS por Enfermeras	1.451	1.467	1.266	1.051	522
Nº TIS por Advos. y celadores	2.560	2.923	2.973	3.572	1.767
Nº TIS por T. Social	15.223	15.223	15.223	15.223	15.223

La organización y su funcionamiento

En este tiempo se ha podido avanzar desde un modelo de gestión centralizada en el que el protagonismo y la toma de decisiones, al menos teóricamente, se situaban más en el ámbito de Servicios Centrales, a un modelo organizativo centrado en el lugar donde se produce la prestación de servicios.

El desarrollo y reorientación interno de los EAP, aún cuando se producen avances a lo largo de los primeros años de la década, se plasma de

una manera explícita en los contratos o acuerdos de gestión que la Dirección de Atención Primaria viene desarrollando con cada una de las Direcciones de las Zonas Básicas desde el año 96.

Durante los años 96 y 97 este marco común, que posibilita acuerdos con la mayoría de los equipos, adquiere la forma de Pacto por Objetivos, que se definen en cada Zona Básica.

Durante los años 98 y 99 los acuerdos en las Direcciones de los Centros se desarrollan en un nuevo marco, el Plan de Gestión Clínica que define en cada una de las Zonas Básicas:

- Su Cartera de Servicios: asistenciales, prevención y promoción. Incorpora en cada uno de los servicios suscritos mínimos de calidad de la oferta. Define y diferencia servicios básicos (obligado cumplimiento y servicios optativos).
- Sus coberturas de Oferta de Servicios.
- Sus resultados en indicadores específicos de calidad y planes de mejora internos.
- La utilización de recursos: personal, gastos de funcionamiento, farmacia y primeras visitas a la atención especializada.
- Su Plan de Necesidades e Inversiones.
- Su evaluación - Incentivación.
- Su grado de descentralización de atribuciones de gestión.

Independientemente de que el ritmo puede considerarse lento o tardío para unos y excesivamente rápido para otros, es evidente que se ha producido un proceso de reorientación importante.

Relación con otras estructuras

Relación atención primaria – atención especializada

Se ha dado un importante paso del discurso a las primeras actuaciones y se han sentado las bases que hacen posible tener esperanzas fundadas en la obtención de buenos resultados en los próximos años. No olvidemos que nuestro objetivo último no puede ser otro que conseguir la adecuada relación entre clínicos centrada en el paciente. En este sentido destacan las siguientes actuaciones:

- Ordenación atención ambulatoria especializada (97-98)
- Decreto libre elección (agosto 98)
 - Derecho a la personalización en atención en hospitalización y ambulatoria.
 - Elección de especialista desde Atención Primaria.
 - Segunda opinión.
 - Coordinadores asistencia ambulatoria.

- Desarrollo efectivo libre elección (marzo 99).
 - Normativa funcionamiento consultas especializadas.
 - Revisión periódica de especialistas y sus listas de espera.
- Orden Foral 10/98. Coordinadores y sus funciones. Nombramientos posteriores.
- Acuerdo oferta/demanda de primeras visitas Primaria/Especializada.
 - Asignación de cupos de primeras visitas por especialidad y ZBS.
 - Sistema información que posibilite su seguimiento y aplicación de medidas correctoras.
- Incremento de capacidad de resolución de A. Primaria.
 - Identificación áreas y protocolos específicos.
 - Ampliación acceso a pruebas complementarias (Ecografía, TAC y gastroscopia).
- Mejora circuitos asistenciales.
 - Citación a Especializada desde Primaria.
 - Circuitos de preferentes.
- Coordinación entre clínicos.
 - Nuevo circuito de remisión de informes clínicos al médico de Primaria (funcionante hoy en 25 centros).
 - Seguimiento Pacto oferta demanda: Coordinador de cada especialidad/Director de ZBS.
 - Planes de actuación por especialidad: planes específicos en marcha en 15 especialidades.
 - Guías de buena práctica o protocolos conjuntos de actuación. Multiplicidad de situaciones: en unas áreas clínicas desarrollados e implantados, en otras realizados y pendientes de implantación, y en otras en fase de realización.
 - Reuniones conjuntas.
 - Elementos que posibiliten el contacto directo y personalizado entre clínicos.

Relación con Instituto Navarro de Salud Laboral

Con este organismo existe una relación y comunicación fluida

Se han generado avances importantes en gran parte por el buen hacer del propio Instituto en el mejor seguimiento y control de la Incapacidad Temporal (I.T.): reuniones periódicas y personalizadas de cada uno de los médicos de Atención Primaria, fijación de Indicadores, evaluación de resultados, implantación de la red de médicos centinelas de Salud Laboral, asesoramiento y apoyo técnico permanente.

Se han producido cambios normativos de carácter estatal que condicionan en el presente y en el futuro el lugar que ocupan las partes implicadas en la gestión de la I.T. y la atención al proceso que lo genera: trabajador, Atención Primaria, Mutuas, Salud Laboral e INSS.

Relación con Instituto de Salud Pública

La relación y comunicación no es tan fluida como sería deseable. Aún cuando lógicamente existe una gran variabilidad en la relación con sus diferentes áreas del trabajo, con carácter general los logros alcanzados en los últimos años son menores de lo deseado.

La definición de objetivos comunes, hacer explícito el marco de relación y por tanto el trabajo conjunto, es una de las asignaturas pendientes al menos en estos últimos años.

Participación e implicación de los profesionales

No existe desarrollo ni mejora de nuestro sistema sin implicación de los profesionales sanitarios, ni es posible que éste se de, si no se producen cambios profundos en la estructura y funcionamiento de nuestra organización.

Autonomía organizativa y participación en la toma de decisiones

En el momento actual la delegación de atribuciones y tomas de decisiones es una realidad en todo lo referente a la organización asistencial que ha pasado a ser una responsabilidad de la Dirección de la Zona Básica en la que el margen de autonomía es amplio. La delegación de atribuciones en las decisiones presupuestarias, aún cuando se ha avanzado, es sin duda menor.

Mejora de la competencia profesional

Fruto de la colaboración entre Departamento de Salud y Dirección de Atención Primaria a lo largo de estos años es el Plan Docente que dirigido a profesionales de Atención Primaria se elabora con carácter anual. En 1999, los profesionales de atención primaria participaron en 899 actividades de formación continuada.

Sin embargo, se considera poco discutible que los recursos y esfuerzos que nuestra empresa emplea en formación son escasos en relación con las necesidades continuas y cambiantes. Continuar dejando una gran parte de la formación de nuestros profesionales en manos y directrices ajenas (laboratorios farmacéuticos) es una realidad a la que no se le concede la enorme trascendencia que sin duda tiene.

Retribución ligada a resultados y capitación

En el desarrollo de estos últimos años es de destacar que en Atención Primaria ligados a los resultados del Plan de Gestión "existen" los in-

centivos. Pero poco más se puede concluir hoy, de que su corta vida (2 últimos años), su escasa cuantía, que acaben siendo más de equipo que individuales, y todo un sinfín de precauciones que lógicamente se han tomado, hacen que sea prematuro poder establecer conclusiones sobre si están o no consiguiendo incentivar e implicar a los profesionales.

En relación con la capitación, y por múltiples y variados motivos, nadie cuestiona su necesaria existencia en Atención Primaria, sin embargo, y a diferencia del resto del Estado, continúa sin aplicarse en Navarra.

Políticas para con los usuarios

El hecho de que en esta área se han producido cambios y avances importantes en nuestra organización en esta última década es innegable. El principal agente de este cambio cultural, probablemente haya sido el propio protagonismo de los usuarios.

Cambios normativos

- Generales: Constitución, Ley General de Sanidad y Ley Foral de Salud.
- Decreto Foral 244/1999, por el que se regula el derecho de libre elección de médico general y médico pediatra en Atención Primaria.

Su existencia no ha conllevado durante años su aplicación efectiva y real. Hoy esto no sucede y con carácter general el personal administrativo de los Centros informa al ciudadano de sus derechos y éste opta. No se produce el ocultismo de antaño.

- Decreto de libre elección de especialista y personalización de su atención (agosto 98).

Políticas activas desarrolladas a nivel central

- Cartera de Servicios. Definición de prestaciones y extensión de los servicios básicos (asistenciales y preventivos) a todos los ciudadanos.
- Plan de Comunicación de la Dirección de Atención primaria.
- Evaluación de la Calidad percibida.

Políticas activas desarrolladas en el ámbito de las ZBS

Sin entrar en experiencias concretas, se considera de utilidad valorar globalmente el porcentaje de centros en los que determinados servicios con requisitos de calidad están implantados; en el desarrollo de la oferta de servicios que la propia cartera encuadra en el bloque: "Atención al ciudadano y la comunidad". Las coberturas de las actuaciones encuadradas dentro de ese servicio alcanzadas en 1999 fueron:

- Consulta telefónica para la resolución y/o seguimiento de pequeños problemas: 77,36%.
- Unidad de Atención al usuario: 88,68%.

- Servicio de información a la comunidad: 54,72%.
- Colaboración en actividad divulgativa dentro de la Zona Básica y a instancia de terceros: 54,42%.
- Actuación divulgativa directa: 30,19%.
- Atención al ciudadano área administrativa: 90,57%.

Accesibilidad para la población

- Accesibilidad geográfica a oferta asistencial. Con la red de centros y consultorios actual se considera que globalmente está garantizada, de forma satisfactoria.
- Extensión cita previa. Importante desarrollo en los últimos años. Salvo contadas excepciones la extensión es generalizada en toda la Comunidad.
- Acercamiento de servicios no asistenciales. Desarrollo progresivo de las áreas administrativas de los centros hacia la ventanilla única que resuelve todos los problemas más comunes de los ciudadanos. En el momento actual: cumplimentación y tramitación de prestaciones socio-sanitarias, tramitación de cambio de médico y todo lo referente a TIS, tramitación de cita a especializada, etc. En el futuro próximo: citación a especialista directa desde los centros.
- Accesibilidad horaria. La demanda de la población en horario de tarde, sobre todo en Pamplona y su comarca, es una realidad evidente. Como respuesta a esta demanda se ha producido la apertura de al menos un cupo de atención de tarde en la mayoría de las zonas urbanas y periurbanas que puede ser elegido por el ciudadano.

Órganos de participación

Los consejos de salud nacieron con unos fines y objetivos que no se han plasmado en la realidad.

La situación actual de este órgano de participación referida únicamente al número de sesiones habla por sí misma. En el periodo estudiado (2,5 años), en 31 de las 54 Zonas no se ha celebrado ninguna sesión. Resulta evidente la necesidad de su análisis y replanteamiento profundo (Tabla 8).

Tabla 8. Consejo de Salud de Zona Básica de salud. Sesiones celebradas.

Zona Básica de Salud	Constituido		Nº de Sesiones celebradas		
	sí	no	1998	1999	2000*
ZBS Navarra Norte	17	3	20	12	6
ZBS Navarra Este	15	3	4	6	4
ZBS Estella	8		0	0	0
ZBS Tudela	7	1	6	3	5
Total	47	7	30	21	15

*Seis primeros meses

Sistemas de mejora de calidad

Las actuaciones de mejora se han venido desarrollando de forma continuada a lo largo de estos diez últimos años y aún cuando no existe un antes y un después sí pueden delimitarse dos épocas:

- Una primera hasta el año 96 en la que la inexistencia de un marco general de desarrollo común de toda la A.P. de Navarra hace que las líneas de mejora se centren en experiencias o actuaciones concretas, siendo de gran dificultad su enumeración.
- Una segunda época desde el año 96 que en la actualidad y enmarcado por el plan de gestión clínica de mejora de la calidad adquiere un lugar propio que se concreta desde el año 98 en el “Programa de Mejora de la Calidad de la Atención Primaria de Navarra” definido como conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua. Incluye a nivel periférico:
 - Líneas estratégicas: implantar y desarrollar los Programas de Mejora Interna de cada uno de los EAP.
 - Estructura: comisiones y responsables de mejora y docencia de los EAP.
 - Actividades de mejora de calidad:
 - Mejora de la oferta de servicios y sus requisitos mínimos.
 - Mejora de la cobertura de la oferta de servicios.
 - Mejora en áreas prioritarias. Actuaciones concretas en 10 áreas.
 - Mejora en la relación con especializada: Plan específico dirigido a ampliar la capacidad de resolución de primaria.
 - Uso racional del medicamento.
 - Atención al ciudadano y calidad percibida.
 - Area de enfermería.

- Actividades específicas del propio programa de mejora de la calidad.

Se han priorizado las actuaciones de Planificación de la Calidad y de mejora de la competencia profesional.

- Definición de la actividad que queremos.
- Dirección de los servicios y organización de los recursos.
- Dirección de los procesos que puede producir calidad.
- Traslado a las actividades habituales (pilotajes en muchas ocasiones).
- Dirección del sistema de medición y evaluación futuro.

Sistemas de información y gestión

Una política de descentralización de la gestión y mejora continua de la calidad precisa inexcusablemente de un buen sistema de información. Durante el periodo de tiempo que comprende desde finales de 1990 hasta 1999 se iniciaron dos líneas de trabajo, totalmente independientes en un primer momento, que a lo largo del periodo han llegado a confluir: el proyecto y consolidación de la base de datos sanitaria de clientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BDS) y el del sistema de información de los centros de salud y consultorios de Navarra, propiamente dicho.

La base de datos de clientes del SNS-O

A lo largo del decenio se han ido resolviendo los problemas planteados entre la Base de Datos central y la existente en cada centro de atención primaria, hasta llegar al momento actual en el que cada centro de salud tiene perfectamente clasificados y contabilizados a todos y cada uno de los usuarios demandantes de asistencia sanitaria en la Zona Básica de Salud (sus clientes). En la actualidad el nivel central está conectado con los distintos centros de salud y consultorios de la Comunidad Foral que tienen su propia base de datos de población, clasificada según tipos de usuario(en SQL Server y mantenida con la aplicación OMI-AP). En los lugares en que ésta no existe, este proceso se sustituye por el envío de ficheros por medio de disquete o correo electrónico.

La cobertura que ha alcanzado la base de datos en la actualidad es del 100%, si se tiene en cuenta que existe un 2,9% de la población censada que ha optado por un tipo de asistencia privada (mutualistas del estado, funcionarios del gobierno de Navarra) y cuyos datos no están registrados en la BDS (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución (en %) de la población con derecho a la asistencia sanitaria pública por colectivos de derecho. Situación a 31 de diciembre.

Colectivos	1998	1999
Activos Seguridad Social	70,1	70,2
Farmacia gratuita	26,4	26,0
Entidades colaboradoras: Once, Telefónica, Universidad de Navarra	1,3	1,3
Mutuas de Funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS	1,3	1,3
Funcionarios Gobierno de Navarra. Uso especial con atención primaria pública	0,6	0,7
Socios de LAGUN-ARO	0,3	0,35
Religiosas de Clausura	0,04	0,04
DF 640/96-Universalización	0,03	0,04

Fuente: Memoria del SNS-O 1998 y 1999

La Base de Datos Sanitaria , además de para dar servicios al ciudadano, se utiliza para pagar la nómina del personal que todavía percibe sus retribuciones por el sistema de determinación de honorarios y para fijar el presupuesto de las zonas básicas de salud de acuerdo con el plan de gestión de Atención Primaria. También se utiliza para la planificación y organización de Atención Primaria: creación de nuevas zonas básicas de salud y dotación y análisis de plantillas. La existencia de la BDS hace innecesario esperar a la actualización de los padrones municipales. En definitiva, esta información es útil para la gestión del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y también para la planificación de los recursos sanitarios de Navarra.

El sistema de información de los centros de salud

A lo largo de este periodo de tiempo, se han implantado tres tipos de aplicaciones informáticas específicas para Atención Primaria, que puntualmente se han ido modificando y actualizando según las necesidades.

Implantación en las áreas administrativas (no clínica) de la primera aplicación informática en Atención Primaria (GICES). El inicio de esta experiencia data de 1992. La aplicación GICES tenía por objetivo desarrollar de forma integrada las tareas más habituales que se realizaban en los centros de Atención Primaria de Navarra de aquella época. La aplicación fue implantándose coincidiendo con la informatización de los centros de salud, hasta el año 1997, año en el que se empezaron a estudiar las posibilidades de informatización integral de los centros de salud de Navarra, tanto en su vertiente administrativa como clínica.

Durante el año 1998 se continuaron con los pilotajes, iniciados el año anterior, de la informatización integral de historia clínica en los Centros de Salud de San Jorge, Tafalla y de Tudela Oeste. Extendiéndose, durante 1999, la informatización integral del Proyecto OMI-AP a otro centro más urbano

(Mutilva) y la del Proyecto del área de Tudela a otro centro de salud urbano (Tudela-Este). Coincidiendo con ello, se comenzó la utilización sistemática, por parte de todos los profesionales adscritos al centro (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) de la historia clínica informatizada.

Se validó el correcto funcionamiento del nuevo programa informático en las funciones específicas de citación, gestión de los datos poblacionales y resto de tareas adscritas al área administrativa, y se decidió la extensión masiva de la aplicación OMI-APW al resto de centros de salud de Navarra. El plan de extensión involucraba a 79 centros sanitarios, y se dio por finalizada en septiembre de 1999. Para algunos de ellos esta implantación suponía una importante innovación y para otros era una sustitución de la aplicación informática administrativa previa (GICES).

Planes a corto/medio plazo

Los objetivos de la actual visión de sistemas de información de Atención Primaria van encaminados hacia la extensión completa de sistemas informáticos integrados que faciliten el cumplimiento de los compromisos de gestión clínica adquiridos por cada una de las Zonas Básicas de Salud de Navarra, teniendo un especial interés en el desarrollo de procedimientos que faciliten la relación entre los distintos ámbitos o niveles de atención sanitaria, especialmente en lo relativo a la atención especializada (proyectos de cita de especializada desde los centros de salud y de gestión de cupos de cita de especializada) y en la extensión de sistemas de información en ámbitos rurales dispersos.

Gestión presupuestaria y uso de los recursos

De forma paulatina a lo largo de la década, con un especial impulso desde el 96, cada una de las Zonas Básicas recibe información mensual relativa a:

- Cumplimiento presupuestario de gastos de personal, funcionamiento y farmacia.
- Información específica de uso racional de medicamento.
- Información específica de utilización de cupo asignado de primeras visitas en la atención especializada y de listas de espera existentes, especialmente en libre elección o servicio.

En la figura 1 se presenta la evolución del gasto real gestionado desde la Dirección de Atención Primaria desde 1991 a 1999 para los gastos de personal (Capítulo económico I), compra de bienes y servicios (Capítulo económico II) e inversiones (Capítulo económico III). Para completar el gasto faltarían los capítulo IV (transferencias corrientes), el cual se dedica en un 95% a la financiación de la compra de medicamentos y que se presenta en un documento aparte, y el Cap. VII (transferencias de capital) que representa entre 100 y 125 millones de pesetas por año.

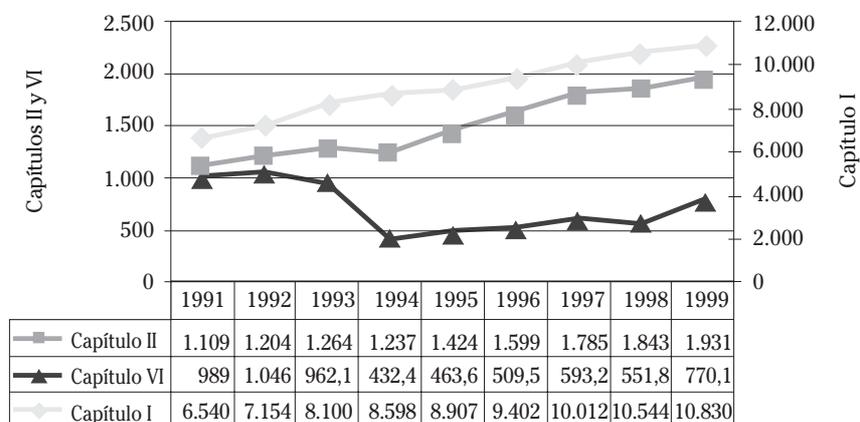


Figura 1. Evolución del gasto real en Atención Primaria. (Caps. I, II y VI).

Fuente: Memorias del SNS-O. 1990-1999.

Por último, se presenta el gasto realizado en el ejercicio presupuestario de 1998 por la Dirección de Atención Primaria, desglosado para cada programa o concepto de gasto gestionado desde dicha dirección, por capítulos económicos (Tabla 10).

Tabla 10. Gasto de la Dirección de Atención Primaria en 1998.

	Cap. I	Cap.II	Cap.IV	Cap.VI	Cap.VII	Total
Dirección de A.P.	647	113	97	143	126	1.126
Pamplona	5.219	559	8.596	260		14.634
Estella	930	90	1.490	6		2.516
Tudela	977	90	1.864	24		2.955
Subtotal A.P.	7.774	852	12.047	433	126	21.231
Salud mental	1.714	706	205	107		2.733
Cofes	244	48	18	2		312
Salud bucodental	86	179		2		267
SEU	545	66	9	6		627
Subtotal resto	2.588	999	233	118	0	3.938
TOTAL D.A.P.	10.362	1.851	12.280	551	126	25.169

Fuente: Memoria del SNS-O 1998.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Autor: Luis Gabilondo, Subdirector de coordinación hospitalaria del SNS-O y Ander Arrazola, Sección de planificación y evaluación del Departamento de Salud.

La evolución de la asistencia especializada en el pasado decenio se presenta en tres apartados diferentes:

- A. Valoración de las formulaciones realizadas en el Plan de Salud de 1991.
- B. Evolución de indicadores en los años noventa:
 - B1.- Indicadores de la red de utilización pública.
 - B2.- Indicadores del conjunto de centros públicos.
- C. Balance de actuaciones en la asistencia especializada

A. Valoración de los objetivos formulados en el Plan de Salud de 1991

La atención especializada se reconoce como uno de los ámbitos de intervención en el Plan de salud de 1991, dentro de la gran estrategia de “Mejora del sistema de cuidados”.

Tal como puede constatarse en los enunciados de los objetivos planteados, destacan dos grandes metas para el conjunto de los recursos implicados en la atención especializada:

- Constitución de una red integrada y organizada por niveles de los recursos especializados públicos.
- Ordenación interna y articulación con la atención primaria.

A continuación se presentan los distintos objetivos incluidos en el Plan de Salud de 1991, con su formulación literal, y su correspondiente valoración realizada diez años más tarde.

OBJETIVO GENERAL 1. Lograr la integración de todos los recursos especializados del Sector Público de Navarra en una red única adecuadamente planificada y organizada por niveles asistenciales.

- *Integración de recursos*

Objetivo cumplido en cuanto a la integración de recursos. Destacan en este periodo los siguientes hitos:

- Transferencia de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social (INSALUD), producida el 1 de Enero de 1991, quedando incorporados el Hospital Virgen del Camino y la Clínica Ubarmin (centro asistencial dependiente de las Mutuas Patronales hasta 6 meses antes de las transferencias).
- Todos los recursos especializados públicos configuran una red gestionada por el SNS-O.

- El año 1998, los especialistas de cupo se incorporaron a las dependencias hospitalarias correspondientes, ordenación establecida en Decreto Foral 241/1998.

- *Planificación y organización*

El avance en relación con la planificación y organización ha sido, sin embargo, insuficiente:

- En general, se ha respetado el Decreto Foral de 1985 de Ordenación de la Atención Especializada Pública de Navarra en todo lo referente a servicios de carácter terciario y servicios únicos en el sistema sanitario.
- Ordenación de los servicios de atención a la mujer mediante Decreto Foral 259/1997, descentralizando e integrando las prestaciones sanitarias en Tocoginecología y en Planificación Familiar.
- Sectorización hospitalaria en Pamplona en el contexto de la ordenación de la relación entre el nivel de atención primaria y el especializado y de la libertad de elección de especialista, hecho público en el D.F. 241/1998.
- Refuerzo de varias especialidades en los hospitales comarcales de Estella y de Tudela, aumentando su capacidad de respuesta y acercando el servicio al ciudadano.

Áreas de mejora:

- No se ha formalizado la cartera de servicios de los hospitales comarcales, ya que no se ha establecido con carácter regional una planificación de prestaciones.
- Mantenimiento de duplicidades en servicios clínicos con bajo volumen de actividad, así como en servicios centrales con grandes oportunidades de mejora vía economías de escala y especialización.
- Pérdida de ámbito de influencia territorial, al romper lazos tradicionales con comunidades vecinas, especialmente con La Rioja.

OBJETIVO GENERAL 2. Establecer la ordenación de la Atención Sanitaria especializada de forma coherente e integrada con el nivel primario de salud.

- *Ordenación de los recursos*

Objetivo razonablemente cumplido en lo referente a los aspectos estrictamente relacionados con la ordenación de los recursos. Destacan los siguientes aspectos positivos y negativos:

- Consolidación de las gerencias de Área en las comarcas de Estella y de Tudela.

- Vinculación entre servicios asistenciales de ambos niveles, mediante una relación biunívoca entre las estructuras (y profesionales) de atención primaria y los servicios hospitalarios de referencia.
- Servicios y hospitales de referencia bien definidos.
- Razonable despliegue de servicios especializados en el territorio.
- Consolidada relación entre los hospitales de agudos y el Hospital San Juan de Dios para la derivación y atención de pacientes. Desde la puerta de urgencia y desde la planta de hospitalización para cuidados de media estancia se trasladan 900 pacientes/año. A la unidad de paliativos: 200 desde los hospitales y 100 desde atención primaria, y por último unos 3.000 pacientes acuden a este hospital para ser intervenidos por procesos que no requieren la complejidad de las instalaciones del Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino, y que son intervenidos por cirujanos de los hospitales públicos.

Áreas de mejora:

- Compleja gestión de estructuras en el Área de Salud de Pamplona.
- No regulación de la creación de unidades superespecializadas en determinadas patologías con la excepción de la Unidad de mama y las ya mencionadas en la especialidad de Otorrinolaringología, si bien se constata una tendencia creciente a la autoorganización de unidades funcionales en los hospitales.

• *Funcionalidad e integralidad*

Por lo que respecta a los aspectos funcionales de coordinación entre Atención Primaria y Especializada los avances son muy significativos pero incipientes, dado que continúa siendo uno de las principales debilidades de nuestro Sistema Sanitario. Tan solo en los últimos años dicho problema ha adquirido el grado de prioridad que le corresponde, destacándose en la actualidad los siguientes aspectos:

- Aprobación en septiembre del 2000 del Plan de Coordinación entre Atención Primaria Especializada.
- Puesta en marcha de mecanismos para la libre elección de especialista por parte del médico de familia.
- Inicio de la constitución de grupos de trabajo con profesionales de ambos niveles en casi todas las especialidades para identificar necesidades y protocolizar actuaciones.
- Designación de Coordinadores de Asistencia Ambulatoria en los principales servicios hospitalarios.
- Formalización del Primer Pacto entre Atención Primaria y Especializada a 2 de marzo del 2001.

- Elaboración reciente de un Plan de Atención Sociosanitaria entre los Departamentos de Bienestar Social y de Salud con el propósito de articular respuestas a las situaciones de pacientes con necesidades asistenciales variadas de naturaleza sanitaria y social, y que garanticen en cada caso la necesaria continuidad asistencial. El Plan esta aún pendiente de su operativización definitiva.

Áreas de mejora:

- El nivel de encuentro y consenso entre los profesionales de ambos niveles es aún muy limitado.
- No existe un abordaje global de los procesos orientado al paciente.
- La continuidad de la atención se resiente.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1. Para el año 1993, todos los hospitales deberán participar en los programas de salud y de formación continuada desarrollados en su área de referencia.

Se analizan de forma separada ambas actuaciones.

• *Participación en programas de salud*

Objetivo no cumplido. No podemos considerar como positiva la evolución observada en esta materia a lo largo del período. La implicación de los hospitales en Programas de Salud es escasa y poco estructurada, con la excepción de determinadas actuaciones específicas en alguna especialidad o comarca.

- Aunque de forma tímida, los siguientes programas de salud tienen presencia en el sistema especializado:
- Detección de metabolopatías.
- Consejo genético.
- Programa de prevención de cáncer de cérvix.
- Programa de detección de la hipoacusia neonatal.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.

Áreas de mejora:

- Los objetivos y los lenguajes de clínicos, gestores y salubristas se mantienen alejados.
- Los planes y programas de salud apenas contemplan objetivos operativos susceptibles de ser formulados en términos concretos para los centros y servicios clínicos.
- Los contratos programa suscritos con los hospitales apenas hacen referencia a los programas de salud.

- *Formación continuada en el área de salud*

El grado de cumplimiento de este objetivo ha de catalogarse de muy insuficiente. Se destinan importantes recursos a la formación, pero de forma poco estructurada y escasamente vinculada con los objetivos.

- En los dos o tres últimos años se ha iniciado una dinámica favorable con la constitución de grupos de mejora por especialidad, integrados por profesionales de ambos niveles asistenciales, y que están comenzando a priorizar áreas de intervención, incluidas las formativas.
- En algunos servicios hospitalarios se ha generado dinámica docente con los profesionales de atención primaria en relación con la formación continuada.

Áreas de mejora:

- Se carece de planes de formación plurianuales orientados a los objetivos del Plan de Salud y a los objetivos estratégicos de las instituciones sanitarias.
- Escaso desarrollo de planes de formación orientados a los procesos clínicos prioritarios de cada especialidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2. Para el año 1992, deberá existir un mecanismo estable de coordinación entre los diferentes centros del Sistema Hospitalario de Pamplona.

Consideramos este objetivo como no resuelto, dado que en la actualidad persisten importantes incertidumbres sobre el modelo de relación entre ambos centros.

- De la Dirección de Asistencia Especializada del SNS-O dependen las direcciones de los hospitales así como otras estructuras asistenciales y administrativas.
- En 1999 se creó la Comisión de Dirección de Asistencia Especializada, cuyo ámbito no se restringe al Área de Pamplona sino que reúne a todos los responsables de los centros asistenciales especializados de Navarra.
- En 1995 se creó la Subdirección de Coordinación Hospitalaria, órgano de carácter más bien técnico y que asume labores de coordinación para el conjunto de centros de la red, asumiendo aquellas funciones ejecutivas que le sean expresamente delegadas.

Aspectos de mejora:

- En el entorno hospitalario de Pamplona, de una visión de gerencia única para los dos grandes hospitales, se pasó a gerencias independientes vinculadas directamente a la Dirección del SNS-O, de forma que la planificación institucional (elaboración de planes estratégicos de centro) o la programación de inversiones se formula de forma independiente. Así,

desde 1995 el Hospital Virgen del Camino y años más tarde el Hospital de Navarra han elaborado sus planes directores de centro, formulaciones principalmente centradas en la inversión arquitectónica.

- Lamentablemente, el rechazo al Sistema Hospitalario de Pamplona no se ha acompañado de otras soluciones alternativas que permitieran afrontar las necesidades de coordinación entre las estructuras especializadas de Pamplona, ni aprovechar las sinergias y economías de escala previstas a raíz de las transferencias sanitarias.
- La existencia de dos grandes hospitales y las consiguientes tensiones institucionales y profesionales no se han resuelto ni hacia estrategias de competición ni hacia estrategias de complementariedad, manteniéndose por tanto sin resolver estas opciones determinantes para el futuro a medio y largo plazo. Repasando los cambios habidos en la estructura de los servicios de los hospitales de Navarra y Virgen del Camino en el decenio podemos destacar las siguientes actuaciones o situaciones:
 - Servicios clínicos: la estructura de servicios se mantiene exactamente igual que hace 10 años. No se han plasmado acuerdos entre los Servicios implicados o entre los hospitales para la creación de unidades de superespecialización o para la distribución de patologías o cualquier otra modalidad de acuerdos que complementaran lo que el limitado tamaño de los servicios de un hospital no permitía realizar. Cada servicio hospitalario se ha desarrollado a sí mismo. Como excepción, pueden indicarse los cambios habidos en Otorrinolaringología donde se han constituido unidades de trabajo por grupos de patología (oído, laringe) manteniendo la tradicional organización de servicios, y la reordenación de Ginecología antes mencionada.
 - Servicios centrales: a mediados de los noventa se realizaron varios estudios sobre los laboratorios de Bioquímica, Hematología y Microbiología de Pamplona, con la idea de valorar la idoneidad de su integración que no han llegado a materializarse. En este periodo los laboratorios de cada hospital han crecido en oferta de técnicas siguiendo criterios propios del centro. En Radiología y en Anatomía patológica no se ha producido ningún cambio ni acuerdo de colaboración específico.
 - Servicios generales: en general, cada hospital mantiene su tradicional estructura de servicios generales, con la excepción de la lavandería, servicio que ha sido externalizado.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3. Para el año 1992, deberá estar en funcionamiento el Edificio de Consultas.

Objetivo cumplido a partir de 1994. La incorporación ha reportado ventajas e inconvenientes iniciales que se han ido paliando con el tiempo si bien no han llegado a desaparecer del todo.

- La mejora notable de las instalaciones.
- Incremento sustancial de tiempo asistencial dedicado a cada paciente en algunas especialidades respecto a finales de los 80.
- La integración efectiva de los especialistas jerarquizados en los servicios hospitalarios.
- Aumentada la capacidad resolutive en algunas prestaciones: circuito de preanestesia, radiología y laboratorio, etc.
- Se ha avanzado en la ordenación de la información clínica mediante el archivo unificado de Historias Clínicas, si bien las dificultades aún por salvar son enormes.

Áreas de mejora:

- Percepción de duplicidad de dependencia jerárquica de la actividad de consulta: dependencia orgánica de la Dirección del Hospital y presencia cercana y control directo de la Subdirección de Coordinación Ambulatoria.
- Cierta grado de desresponsabilización inicial de las direcciones de los hospitales respecto a la actividad de consulta, que parecía depender de la Subdirección de Ambulatorios.
- Aumento inicial de la demora de acceso a la consulta.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4. Para 1993, todos los centros hospitalarios de Navarra deberán contar con un Programa de Control de Calidad.

Cabe calificar el cumplimiento de este objetivo como de avances muy significativos pero incipientes. Si bien se han iniciado actuaciones en línea con este objetivo, queda mucho por hacer.

- Cambio cultural en la forma de entender la calidad al pasar de un concepto de control de calidad a otro de mejora de calidad, siendo ineludible la participación de las estructuras implicadas.
- Incipiente desarrollo de Planes de Calidad en algunos centros.
- Incorporación de objetivos de calidad en los Contrato Programa elaborados, a partir de 1998.
- Notable incremento de las actividades de formación en calidad.
- Desde 1998, existe una evaluación anual y sistemática, de la satisfacción de los clientes con cada uno de los servicios médicos hospitalarios.
- Incorporación de estructuras y personal específico para la gestión de la calidad en los hospitales (D.F. 170/1998).

- Programas específicos de mejora de la espera para las intervenciones quirúrgicas y consulta, con regulación legal por Orden Foral del tiempo máximo de espera para las intervenciones quirúrgicas.

Áreas de mejora:

- Constatación de la escasa cultura de autoevaluación.
- Dinámica incipiente en la participación de los profesionales en grupos de mejora.
- Escasa y heterogénea formalización de los Planes de Calidad de los centros.
- Carencia de un Plan Integrado de calidad de la Dirección de Asistencia Especializada.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5. Para el año 1992, la cobertura de coordinación del Plan de Atención Sanitaria Urgente abarcará al 100% de la población, durante las 24 horas del día.

En la atención sanitaria urgente se ha producido un salto cualitativo en este período, lo que ha permitido generar un sistema adecuadamente orientado a la atención de la urgencia vital, lo que nos permite considerar este objetivo como cumplido.

- Se ha consolidado el Centro de Coordinación Operativa de SOS Navarra.
- Se ha generalizado el uso del teléfono europeo de urgencias 112. El año 1999 se coordinaron un promedio de 239 asuntos sanitarios al día.
- En el desarrollo del Plan de 1997 se han puesto en marcha 4 UVI móviles que dan cobertura a aproximadamente al 80% de la población de Navarra.
- Se han consolidado los Puntos de Atención Continuada en las zonas rurales, realizándose los traslados con ambulancias medicalizables, con acompañamiento del personal sanitario de la zona cuando el caso así lo requiere (163 en 1999).
- Se ha formalizado la cobertura de atención a la urgencia a poblaciones de las comunidades limítrofes en el Hospital Reina Sofía.
- Tras los diversos cambios operados en la organización de la atención continuada de la comarca de Pamplona, se ha incorporado la atención pediátrica en dos de los 4 centros de urgencia extrahospitalaria existentes en la actualidad.
- La formación continuada de los profesionales implicados en la atención urgente ha adquirido una gran relevancia, siendo variadas y accesibles las actividades organizadas, con una metodología muy adaptada al objetivo formativo planteado.

Áreas de mejora:

- Excesiva confluencia de demandas de atención en situaciones de urgencia vital y otras demandas no vitales en el centro de coordinación operativa que pueden poner en peligro la principal misión del centro.

B. Evolución de indicadores en los años noventa

Se hace referencia a los indicadores del conjunto de la red de utilización pública y se presenta la evolución de algunos de ellos en los centros hospitalarios del SNS-O.

Cabe señalar tres observaciones:

- A efectos de comparación y a fin de facilitar el análisis evolutivo hemos optado por expresar los índices en base 100, tomando como 100 el valor observado en 1990. No obstante, en la tabla resumen se presenta cada indicador con sus valores naturales.
- En función de la información disponible se presentan los indicadores para dos tipos de universos diferentes, pudiendo utilizarse en el texto alusiones a uno u otro de los universos: la red de utilización pública (también denominada de financiación pública), y los hospitales públicos.
- Las fuentes de información utilizadas han sido: Memorias del SNS-O, SISNA, y CMBD del SNS-O.

INDICADORES DE LA RED DE UTILIZACIÓN PÚBLICA

La red de utilización pública (RUP) es el sistema hospitalario que da atención especializada a usuarios de financiación pública a cargo del Gobierno de Navarra. Esta formada por los 5 hospitales públicos y los centros concertados Hospital San Juan de Dios y Clínica Universitaria de Navarra.

El **número de camas** utilizadas en esos 7 hospitales ha evolucionado desde las 1.755 de 1990 hasta las 1.605 en el año 2000. Este volumen de camas representa en la actualidad un ratio de 2,97 camas por cada 1.000 habitantes (3,37 por 1.000 en 1990). En todo ese tiempo el porcentaje de camas en centros de titularidad pública se ha mantenido constante alrededor del 87,5%. Ninguno de los 7 hospitales se considera de media o larga estancia, si bien en el Hospital San Juan de Dios la mitad de su estructura pudiera considerarse como tal.

La **frecuentación hospitalaria** (hospitalizaciones habidas por cada 1.000 habitantes residentes) ha crecido desde 1990 de 93,4 ‰ hasta 110,8 ‰ en 1998, manteniéndose e incluso decreciendo un poco en los últimos años. En números absolutos, el incremento de hospitalizaciones de finan-

ciación pública se cifra en 10.000; estas hospitalizaciones suponen un 20% más de ingresos en los hospitales. El porcentaje de hospitalizaciones en centros de titularidad pública se ha mantenido, según los años, entre el 89 y el 91,5%.

Estancia hospitalaria. En 1990 los ingresos en los hospitales generaron medio millón de estancias. A lo largo del decenio, y a pesar del incremento de hospitalizaciones, se han producido 56.000 estancias menos (un 9% menos). Expresado en el indicador de estancia media, esta ha pasado de 10,3 a 7,7 días en 10 años, una reducción de 2,6 días por cada hospitalización.

Rotación. El número de ingresos hospitalarios por cama se ha incrementado de forma importante en el decenio como consecuencia de las variaciones antes señaladas (incremento de ingresos y reducción de estancias y de camas). Así ha pasado de 27,7 enfermos por cama y año en 1990 a 36,0 en el 2000, lo que supone una mejora del 30%.

Ocupación de camas. A pesar de la reducción de camas y del incremento de la frecuentación, la ocupación hospitalaria se ha mantenido un poco por debajo de los valores de 1990 (78,1%). Según los años, los valores se han situado entre el 74,9 y el 77,4% (Fig. 2).

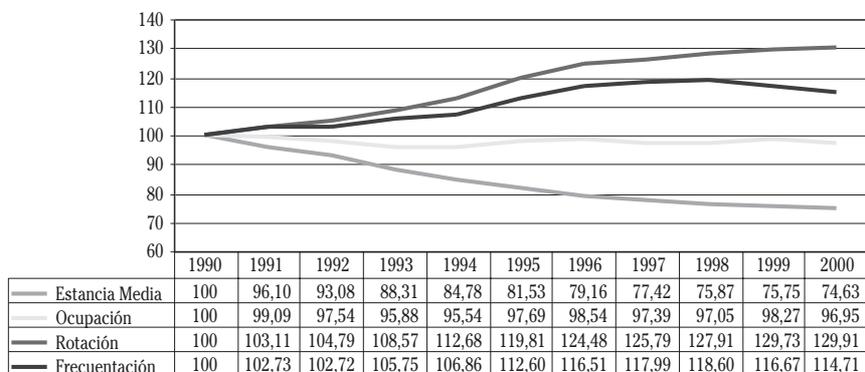


Figura 2. Actividad hospitalaria de financiación pública. Evolución de indicadores en base 100. 1990-2000.

Fuente: SISNA y Memorias del SNS-O.

Atendiendo al tipo de atención prestada, los incrementos de frecuentación se dan principalmente en las especialidades médicas (en todas ellas) y entre las quirúrgicas destacan las de Traumatología y Urología. En cambio el principal decremento de frecuentación se da en Pediatría con reducciones del 50%.

Las reducciones de estancia media se dan en todas las especialidades, pero resulta más acusada en las especialidades quirúrgicas como consecuencia probablemente de las mejoras en las técnicas quirúrgicas y anestésicas utilizadas.

La ocupación ha sido superior en el Hospital de Navarra y en el Hospital Virgen del Camino General que en el Materno Infantil y en la Clínica Ubarmin.

INDICADORES DE LA RED DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS

En lo sucesivo se presentan los indicadores de los centros públicos. Se hace constar que en caso de no hacer mención expresa a la red de utilización pública, los datos se refieren a los centros públicos y por tanto no incluirían información de los centros concertados.

La demanda de atención urgente en los hospitales públicos ha tenido dos épocas diferenciadas. Una primera en la que se constatan reducciones de actividad en los años 1993 y 1994 y una segunda, a partir de ese año, en el que se da un crecimiento constante del 3,5% anual. Pero a pesar de ese incremento de atenciones urgentes en los hospitales, el porcentaje de hospitalizaciones generadas en la atención urgente respecto a los atendidos, se ha mantenido constante en el decenio entre el 14 y 15%. La presión de urgencias (porcentaje de ingresos urgentes sobre el total de ingresos) se mantiene más o menos constante hasta los últimos tres años en los que se observa una tendencia al incremento (Fig. 3).

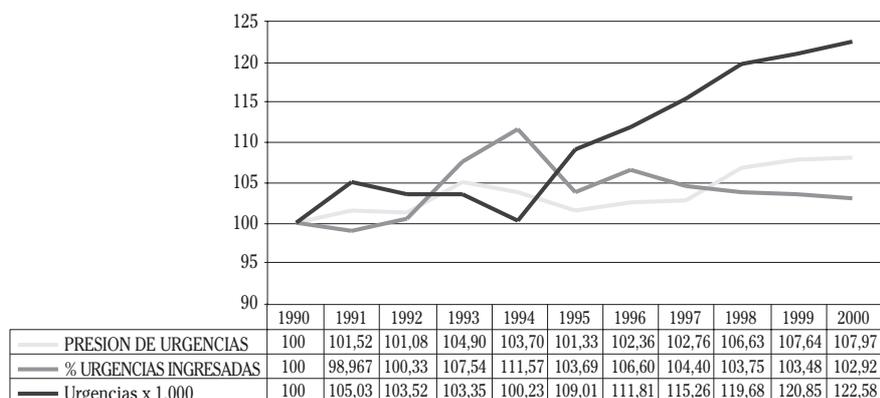


Figura 3. Evolución en base 100 de la actividad de urgencias en los hospitales públicos de Navarra. 1990-2000.

Fuente: SISNA y Memorias del SNS-O.

Consultas. La actividad de consulta ha crecido en el decenio un 33%. Respecto a 1990 han crecido más las primeras consultas (40%) que las sucesivas (30%). En este periodo de 10 años llama la atención que las consultas sucesivas han mantenido una tendencia constante al incremento, mientras que las primeras consultas han seguido un curso irregular que sólo a partir de 1996 se manifiestan con una tendencia claramente ascendente, especialmente en los dos últimos ejercicios. El indicador de visitas sucesivas respecto a las primeras se ha mantenido en valores algo superiores a 2 en todo el decenio y sólo ha bajado ese umbral en el 2000 (Fig. 4).

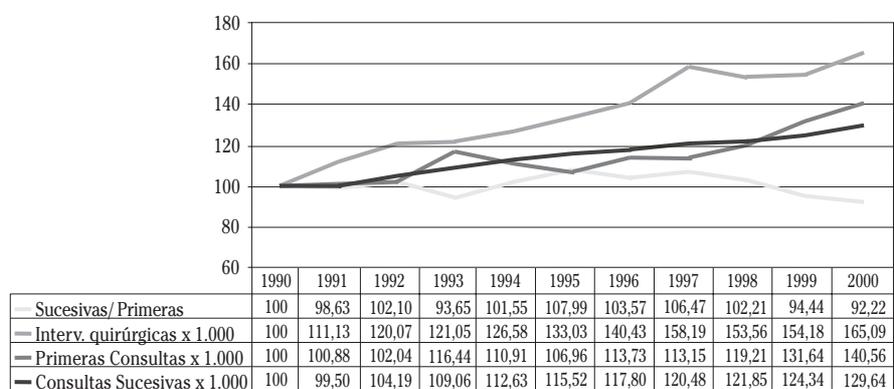


Figura 4. Evolución en base 100 de indicadores de actividad en los hospitales públicos. 1990-2000.

Fuente: SISNA y Memorias del SNS-O.

Intervenciones quirúrgicas. La tasa de intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes ha seguido una línea ascendente continua a lo largo del decenio. Se incluye todo tipo de intervención. Las diferencias en la forma de contabilizar la actividad quirúrgica y la cobertura de la información (sobre todo referida a la cirugía menor), explican en parte el llamativo incremento observado. Pero en cualquier caso y tal como lo acreditan series homogéneas de los últimos años, la actividad quirúrgica ha crecido de forma importante en estos años.

Listas de espera quirúrgicas. La lista de espera quirúrgica recoge información acerca del número de personas en espera para ser intervenidas y del número de días de demora desde la indicación quirúrgica. Esta última información (la espera en días) se calcula de dos maneras diferentes: una primera, promediando la espera de cada servicio, y otra según la cual la espera en días es equivalente a la fracción que representan las personas en espera sobre el número de intervenciones realizadas en el año an-

terior expresada en días (p.e. el 12% de actividad equivale al 12% de días del año). En cualquier caso la mejora en los sistemas de información ha permitido aproximar ambos sistemas de cómputo.

Desde mediados del decenio ha habido una ligera mejoría al reducirse en unos 10 días la espera. Analizándola según el tiempo de espera, se constata que el 88,3% de los pacientes en espera para intervención quirúrgica lo hacen menos de 3 meses. Las especialidades con personas con mayor demora son las de Traumatología, Cirugía General y ORL (Tablas 11,12).

Tabla 11. Espera en días para intervenciones quirúrgicas. A 31 de diciembre.

	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
Ponderada	123,6	126,6	106,5	111,5	135,4	140,3	91,4	60,9	51,2	53,9
Equivalente	51,6	54,5	51,5	61,5	61,2	61,1	56,6	59,3	46,5	51,4
PERSONAS	3.004	3.406	3.440	4.007	4.178	4.527	4.538	4.670	3.887	4.597

Tabla 12. Espera para intervenciones quirúrgicas por periodos a 31-12-2000.

Menos de 3 meses	De 3 a 4	De 4 a 5	De 5 a 6	Más de 6	Total
4.061	352	103	50	31	4.597

El indicador de **mortalidad** en los hospitales públicos de Navarra se ha mantenido muy constante en el decenio alrededor del 2,8%. En cambio el **índice de necropsias**, en ese periodo, se ha reducido desde el 17,4% a casi la mitad.

Producción. A pesar de su inadecuación a la realidad actual se utiliza la UBA (Unidad Básica de Actividad) como aproximación de la producción de los recursos hospitalarios en los centros públicos por ser homogéneo y fácil de elaborar. Se observa una primera época de estancamiento de la producción con un mínimo histórico en 1994, a partir del cual se inicia una mejoría constante a lo largo de los 6 años siguientes. Esta mejora de la producción desde 1994 es del 10,2%, equivalente al 1,7% anual. Si comparamos el nivel del año 2000 con el de 1990 la mejora es sólo del 8,3% (0,8% anual). Es importante reseñar que este indicador no considera la totalidad de actividades ni la complejidad de las mismas desarrolladas en un hospital, y minusvalora precisamente las actividades ambulatorias que son las que más se han incrementado en el decenio.

Equivalencia para la medición de UBA: (Estancia = 1 UBA; Primera consulta y Urgencia= $\frac{1}{2}$ UBA; Consulta sucesiva= $\frac{1}{4}$ UBA) (Tabla 13).

Tabla 13. Actividad hospitalaria. Evolución de indicadores. 1990-2000.

Año	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000
Población (000)	521	524	525	526	527	528	529	530	531	538	540
EN HOSPITALES PÚBLICOS Y CONCERTADOS											
Camas	1755	1756	1731	1723	1681	1669	1666	1672	1656	1628	1605
Índice camas x 1000	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,1	3,0	3,0
Frecuentación	93,4	96,0	95,9	98,8	99,8	105,2	108,8	110,2	110,8	109,0	107,1
Estancia Media	10,3	9,9	9,6	9,1	8,7	8,4	8,1	8,0	7,8	7,8	7,7
Rotación	27,7	28,6	29,1	30,1	31,3	33,2	34,5	34,9	35,5	36,0	36,0
Ocupación	78,1	77,4	76,2	74,9	74,7	76,3	77,0	76,1	75,8	76,8	75,8
Estancias x 1.000	960,2	948,0	918,2	896,8	870,0	881,6	885,6	877,2	864,1	848,7	822,1
EN HOSPITALES PÚBLICOS											
Camas en funcionan.	1.536	1.538	1.521	1.469	1.428	1.408	1.402	1.398	1.395	1.382	1.372
Ingresos*	43,7	43,2	45,2	46,7	47,6	49,3	51,6	52,0	51,8	52,3	52,9
Estancias*	433,2	428,5	416,2	408,7	393,1	399,2	402,8	400,6	402,1	399,4	388,5
Camas x 1.000	2,95	2,94	2,90	2,79	2,71	2,67	2,65	2,64	2,63	2,57	2,54
Frecuentación	83,8	82,4	86,1	88,8	90,3	93,5	97,5	98,1	97,5	97,3	97,9
Estancia media	9,9	9,9	9,2	8,8	8,3	8,1	7,8	7,7	7,8	7,6	7,4
Rotación	28,4	28,1	29,7	31,8	33,3	35,0	36,8	37,2	37,1	37,9	38,5
Ocupación	77,3	76,3	75,0	76,2	75,4	77,7	78,7	78,5	78,9	79,2	77,6
Interv. quirúrg. x 1.000	46,4	51,5	55,7	56,1	58,7	61,7	65,1	73,4	71,2	71,5	76,6
1ª Consulta x 1.000	369,6	372,8	377,1	430,4	409,9	395,3	420,4	418,2	440,6	486,6	519,5
Consulta suc. x 1.000	778,8	774,9	811,5	849,4	877,2	899,7	917,5	938,3	949,0	968,4	1009,7
Sucesivas/Primeras	2,1	2,1	2,2	2,0	2,1	2,3	2,2	2,2	2,2	2,0	1,9
Urgencias x 1.000	350,2	367,8	362,5	361,9	351,0	381,7	391,5	403,6	419,1	423,2	429,2
Presión de Urgencia	59,2	60,1	59,8	62,1	61,4	60,0	60,6	60,8	63,1	63,7	63,9
% Urgencias ingresadas	14,2	14,0	14,2	15,2	15,8	14,7	15,1	14,8	14,7	14,7	14,6
Urgencias x 1.000	350,2	367,8	362,5	361,9	351,0	381,7	391,5	403,6	419,1	423,2	429,2
UBAs en miles	720,4	729,8	716,1	728,0	708,4	722,4	732,0	742,1	754,7	770,3	780,3
ÍNDICE UBA	100	101,3	99,4	101,1	98,3	100,3	101,6	103,0	104,8	106,9	108,3

Fuente: SISNA y Memorias del SNS-O.

* (000) = en miles.

Gasto en asistencia especializada. Los gastos de funcionamiento del conjunto de centros que conforman la asistencia especializada en el SNS-O han supuesto a lo largo del decenio entre el 52,7 y el 55,7% de los recursos económicos del Departamento de Salud. En pesetas corrientes el gasto en asistencia especializada se ha doblado en estos 10 años sumando el año 2000 la cifra de 43.654 millones de pts. lo que representa un gasto de 81.100 pesetas por cada residente en Navarra.

Desde el año 1993 la participación de los gastos de personal en el conjunto de los gastos de funcionamiento ha bajado desde el 73,3 al 71,5%.

En relación con el crecimiento interanual del gasto el decenio puede dividirse en tres periodos: uno comprendido hasta el año 1993 en el que coincidiendo con las transferencias del INSALUD se dan unos incrementos fuertes del gasto; uno o dos ejercicios con incrementos muy bajos; y el último desde el año 1996 donde las variaciones anuales del gasto en pesetas corrientes han oscilado entre el 5,5 y el 7,5% (Tabla 14).

Tabla 14. Gasto y crecimiento anual en asistencia especializada (Pts. corrientes y constantes).

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
GASTO en millones de pts.											
Pts. corrientes	22.183	23.849	26.623	29.990	30.881	32.257	34.037	36.069	38.011	40.874	43.653
Pts 1990	22.183	22.457	23.826	25.312	24.921	24.627	25.051	25.884	26.900	28.000	28.727
Crecimiento anual											
Pts. corrientes	7,5	11,6	12,6	3,0	4,5	5,5	6,0	5,4	7,5	6,8	
Pts.1990		1,2	6,1	6,2	-1,5	-1,2	1,7	3,3	3,9	4,1	2,6

El nivel de las inversiones en cada ejercicio ha variado según las épocas. Respecto a los gastos de funcionamiento las inversiones han representado desde un mínimo del 3,5 hasta un máximo del 6,5%. En estos diez años el gasto en inversión ha sido de 18.300 millones de pesetas. Se presenta el destino de la inversión por centros (Tabla 15).

Tabla 15. Inversiones por centro hospitalario. 1990-2000.

Inversiones por centro en el periodo 1990 - 2000		
	Miles de pts.	%
HOSPITAL DE NAVARRA	6.043.839	33,1
HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO	7.016.275	38,4
CLINICA UBARMIN	585.829	3,2
HOSPITAL REINA SOFÍA	1.063.955	5,8
HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN	2.115.682	11,6
SUB. AMBULATORIOS	1.442.460	7,9
TOTAL INVERSIONES	18.268.041	100

Coste UBA. El coste por cada unidad de producción, definido como Unidad Básica de Actividad, ha pasado de 30.792 pesetas a 55.943. Si se calcula en pesetas constantes de 1990, a fin de eliminar el efecto de la inflación, se observa que dicho coste ha pasado de las 30.792 pts. a las 36.815 pts. incrementándose por tanto un 19,6%. Tal como se constata en el gráfico adjunto, el incremento de los costes unitarios aparece vinculado principalmente al incremento de los costes totales, los cuales han crecido un 29,5%

en el periodo. La producción en el decenio sólo se ha incrementado merced a los últimos 4 años, en un 8,3% (Tabla 16; Fig. 5).

Tabla 16. Evolución del Coste UBA: A. Pesetas corrientes. B. Pesetas de 1990.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
A	30.792	32.678	37.176	41.196	43.590	44.652	46.500	48.607	50.363	53.064	55.943
B	30.792	30.772	33.270	34.771	35.178	34.091	34.224	34.882	35.642	36.350	36.815

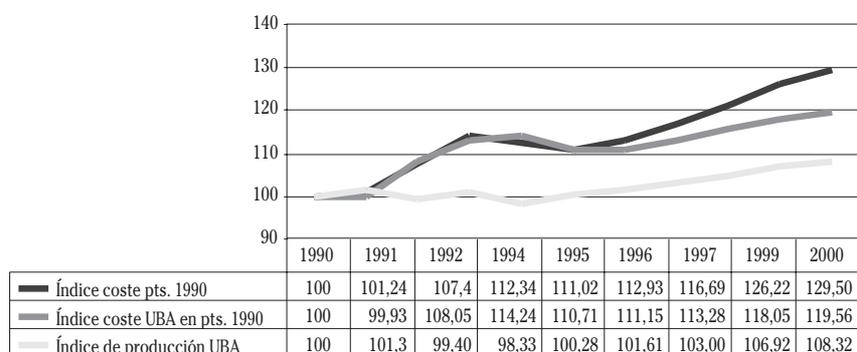


Figura 5. Evolución de índices (base 100) de los costes y de la producción en Asistencia Especializada. Navarra 1990-2000.

Personal. La plantilla total del SNS-O (fijos y eventuales) ha crecido un 8,4% (equivalente a 433 puestos). Por estamentos, el que más ha crecido en este periodo ha sido el de enfermería (18,9%). Por el contrario, hay una tendencia decreciente en puestos de facultativos no especialistas y de servicios generales (Tabla 17).

Tabla 17. Plantilla fija y temporal (en plazas equivalentes de 12 meses) del SNS-O.

	1992	2000	Diferencia N	Diferencia %
FAC. ESPECIALISTAS	692	750	+58	8,3
FAC. NO ESPECIALISTAS	221	179	-42	-18,9
SANIT. TITULADOS	1.688	2.006	+318	18,9
SANIT. NO TITULADOS	1.374	1.509	+135	9,8
ADMINISTRATIVOS	563	632	+69	12,4
SERVICIOS GENERALES	603	498	-105	-17,4
Totales	5.141	5.574	433	8,4

Productividad. Se expresa en UBA por puesto de trabajo. Como se ha señalado antes, este indicador no considera la totalidad de actividades ni la complejidad de las mismas desarrolladas en un hospital. Aún así, la infor-

mación que aporta nos indica que tras años de pequeñas pero constantes mejoras en la primera mitad del decenio, esa mejora se ha atascado e incluso ha adquirido una tendencia negativa en los últimos años (Tabla 18).

Tabla 18. Productividad en UBA por puesto de trabajo.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
UBAs/Puesto	139,3	138,7	141,1	144,1	143,1	143,8	141,0	136,2

Evolución del case mix de los hospitales públicos de Navarra. En 1994 se puso en marcha un nuevo sistema de información referido a las altas en los hospitales del SNS-O. La codificación de los diagnósticos habidos durante la hospitalización junto a los procedimientos aplicados han posibilitado la agrupación de casos en el sistema GRD. La progresiva incorporación de centros y servicios permiten realizar comparaciones detalladas a partir de los datos de 1996.

En la tabla 19 se resume la evolución de los principales indicadores de la red. En primer lugar se señala la buena evolución del indicador “% de códigos 470” sobre el total de altas- (Imposibilidad de asignar código por falta de información-) ya que en estos 5 años ha pasado del 11,39% el año 1995 al 2,15% en el 2000. En segundo lugar, se constata la evolución creciente del índice case mix, que viene a expresar la complejidad de los pacientes atendidos en los hospitales públicos de Navarra. Este índice, calculado de forma homogénea para el periodo (-Suma de pesos sobre altas con peso diferente a cero-), muestra una evolución constante hacia una mayor complejidad, pasando de un valor para 1995 de 1,205 a 1,426 en el 2000, incrementándose en un 18,3%. Este incremento puede explicarse en parte por mejoras en el proceso de información - codificación (ya que la mejora de la calidad de los informes de alta y el aportar más datos en los mismos tiene el efecto de asignar GRDs con mayor peso) y en parte por modificación en el tipo de pacientes, ya sea por reducirse los procesos menos complejos o por aumentar los más complejos o por coincidir ambos mecanismos.

Se presenta en la tabla 20 la evolución (nº de altas y estancia media) de los 25 GRDs más frecuentes en los hospitales del SNS-O desde 1996 a 2000, y que en conjunto representan el 34% del total de altas. En general, casi todos los procesos presentan tendencia a disminuir su estancia media. En cuanto a modificaciones en la frecuencia, 9 de los procesos incrementan de forma importante su frecuencia, mientras que 4 la reducen.

Tabla 19. Evolución de Indicadores del CMBD del SNS-O. 1995-2000.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Diferencia 2000 / 1995 en %
Nº de ALTAS CODIFICADAS	49.854	51.286	51.993	51.846	52.382	53.499	7,3
% DE ALTAS con GRD = 470	11,39	8,03	4,7	3,44	0,76	2,15	
Índice case mix de la red	1,205	1,302	1,32	1,387	1,417	1,426	18,3

En general se incrementan los procesos con complicaciones por existir una mejor codificación de las complicaciones, así por ejemplo, destaca en los últimos años que el GRD más frecuente (parto sin complicaciones) baja su frecuencia en un 15%, mientras que las formas complicadas del parto se incrementan en gran medida. Destacan por su reducción los procesos sobre cataratas y las pertenecientes a otorrinolaringología. Han aumentado, en cambio, los procesos respiratorios con complicaciones (en un 94%), la reimplantación de articulaciones mayores (cadera 25% y rodilla 34%) y los procedimientos sobre útero no canceroso.

Tabla 20. Evolución de los GRDs más frecuentes. 1996-2000.

GRD	Peso	Tipo	Descripción literal	Nº de pacientes					00/96		00/96 Difer.					
				2000	1999	1998	1997	1996	N	%						
373	0,484	M	Parto sin complicaciones	2788	3175	3371	3328	3269	-481	-14,7	3,7	3,8	4,0	4,2	-0,53	
541	2,465	M	Trast. resp. excepto infección, bronquitis, asma C/C	1269	1096	992	663	653	616	94,3	11,1	11,7	12,4	12,2	12,9	-1,8
243	0,807	M	Problemas médicos de la espalda	1280	1071	1239	1013	960	320	33,3	5,7	6,3	5,6	6,6	6,9	-1,25
209	3,490	Q	Reimpl. mayor articul. y m. EElI s. infección	944	929	919	768	752	192	25,5	12,5	13,4	13,8	15,0	15,1	-2,53
222	1,079	Q	Procedimientos sobre la rodilla sin complicación	927	885	697	678	690	237	34,3	2,3	2,7	2,5	2,4	1,5	0,83
183	0,575	M	Esof. gastroent. y trast. dig. miscel. E>17 S CC	17822	879	757	799	837	-15	-1,8	5,7	5,8	5,9	6,2	6,4	-0,65
39	0,816	Q	Proc. sobre cristalino con o sin vitrectomía	616	739	830	873	833	-218	-26,2	1,5	2,0	2,0	2,2	2,3	-0,87
14	2,043	M	Trast. cerebrovasculares específicos excepto AIT	674	684	702	606	670	4	0,6	9,8	9,5	10,0	10,1	11,5	-1,71
372	0,588	M	Parto con complicaciones	1063	667	445	377	382	681	178,3	4,4	4,9	4,6	4,6	5,2	-0,78
359	1,067	Q	P. útero y anejos Ca. in situ y procesos no malign. sec	865	617	513	425	445	420	94,4	4,6	5,3	6,0	7,4	7,5	-2,97
88	1,213	M	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	513	609	660	624	557	-44	-7,9	8,0	9,7	8,9	8,9	9,9	-1,87
127	1,524	M	Insuficiencia cardíaca y shock	586	605	669	635	568	18	3,2	9,1	8,9	9,0	9,3	9,7	-0,64
410	1,100	M	Quimioterapia	577	534	592	764	733	-156	-21,3	3,8	4,3	4,1	4,1	3,2	0,54
162	0,669	Q	Proc. sobre hernia inguinal y femoral E>17 S CC	570	533	534	522	562	8	1,4	3,7	4,1	4,1	4,8	5,3	-1,62
777	0,435	M	Esof. gastroent. y trast. dig. miscel. E<18 S CC	529	495	529	584	532	-3	-0,6	3,2	3,2	3,1	3,0	3,1	0,09
371	0,897	Q	Cesárea, sin complicaciones	508	488	465	392	318	190	59,7	7,8	8,0	8,3	8,1	8,0	-0,25
381	0,474	Q	Aborto con dilat. y legrado, aspirac. o histerot.	634	461	535	488	486	48	9,9	1,9	2,1	2,0	1,9	2,2	-0,36
231	1,368	Q	Excis. loc. y elim. dis. fija interexc. cadera y fémur	470	459	414	365	357	113	31,7	3,2	3,2	3,6	3,5	4,9	-1,75
430	1,527	M	Psicosis	529	453	461	489	496	33	6,7	24,8	27,6	26,6	26,4	26,1	-1,25
219	1,317	Q	P. EElI y hum. exc. cadera, pie, fémur >17 S CC	421	452	435	403	383	38	9,9	8,6	8,5	8,8	9,6	9,0	-0,41
167	0,805	Q	Apendicect. sin diag. principal complic. S CC	476	423	406	421	404	72	17,8	3,7	3,8	3,9	4,5	4,6	-0,83
494	0,845	Q	Colecistec. laparosc. sin explor. cond. bil. S CC	460	416	324	384	286	174	60,8	3,5	3,5	3,7	4,0	4,5	-0,95
175	0,834	M	Hemorragia gastrointestinal sin CC	381	395	475	448	443	-62	-14,0	5,1	5,1	5,5	5,0	6,1	-1,02
55	0,652	Q	Proc. misceláneos, oído, nariz, boca y garganta	289	384	551	635	542	-253	-46,7	2,3	2,4	2,6	2,9	3,1	-0,79
89	1,427	M	Neumonía simple y pleuritis edad >17 con CC	341	375	295	307	310	31	10,0	10,4	11,1	10,8	11,7	11,4	-0,95
SUMA DE LOS 25 MÁS FRECUENTES PORCENTAJES				18.431	17.824	17.810	16.991	16.468	1963	11,9						
DE LOS 25 FRECUENTES/ Total				34,5	34,0	34,4	32,7	32,1								

C. Balance de actuaciones en el decenio

Valoración positiva de la atención recibida por el ciudadano en los hospitales

La Dirección de Atención Especializada del SNS-O realiza desde hace tres años una encuesta telefónica para obtener una valoración de la satisfacción de los pacientes atendidos tanto en régimen ambulatorio como en régimen de hospitalización. La encuesta permite conocer la percepción y valoración de los pacientes atendidos en cada uno de los servicios (especialidades) clínicos de cada centro hospitalario de referencia. Para ello, cada año se realizan aproximadamente 10.000 encuestas efectivas siendo el nivel de participación de los pacientes excelente.

En ambas modalidades (hospitalización y ambulatorio) la satisfacción de los pacientes supera los 8 puntos en una escala de 0 al 10, siendo mayor la satisfacción de los pacientes ingresados (9 puntos) que la de los atendidos en consultas externas (8,5 puntos).

La encuesta refleja como principales puntos fuertes la empatía, la amabilidad del personal sanitario, la competencia profesional y la preocupación por aliviar el dolor.

La información que recibe el paciente y las listas de espera son las áreas de mejora (deficiencias) más destacadas en ambas modalidades de atención.

Con el fin de obtener una radiografía más completa de la opinión de los pacientes, en el año 2000 se ha entrevistado a los pacientes que han acudido a los servicios de urgencia hospitalarios utilizando para ello un cuestionario específico. La satisfacción alcanza para esta modalidad los 8,5 puntos, observándose los mismos puntos fuertes que en las modalidades de ingresos y de consultas. Se detectan como áreas de mejora la información proporcionada al paciente y el tiempo percibido desde que acuden a urgencias hasta que son atendidos por el médico.

En el análisis entre servicios se puede observar que para prácticamente todos los servicios evaluados los puntos fuertes son los mismos, existiendo mayor variabilidad entre servicios en los aspectos considerados como áreas de mejora. Especialmente hay una gran variabilidad en las respuestas a las preguntas que miden el factor información que recibe el paciente.

Desarrollo de la asistencia ambulatoria en el decenio; la asistencia especializada no se desarrolla únicamente alrededor de la cama de hospitalización

En estos años la importancia de la cama hospitalaria como núcleo casi absoluto de la actividad de los especialistas de los hospitales ha per-

dido peso en favor de una actividad más diversificada, con una creciente dedicación a la atención de pacientes en régimen ambulatorio.

Pese a reducirse en un 8,5% el número de camas e incrementarse en un 21% el número de pacientes que han ingresado, la estancia media ha descendido en un 25,3%, razón por la cual no se ha incrementado el porcentaje de ocupación que continúa próxima al 78%.

Desde el año 1997 la cirugía ambulatoria se ha convertido en un recurso fundamental en los hospitales de Pamplona, principalmente para los pacientes atendidos en las especialidades de Otorrino, Oftalmología y Urología.

La actividad de consulta de los especialistas ocupa una parte muy importante del tiempo de los profesionales. Las infraestructuras construidas a principios de los noventa y los cambios organizativos realizados estos últimos años han contribuido a la mejora de la calidad de la asistencia prestada.

Consolidación de la asistencia en las comarcas de Estella y de Tudela. Equidad territorial

Uno de los principales objetivos planteados en los años ochenta respecto a la ordenación hospitalaria, fue el de dotar a las comarcas de Tudela y de Estella de hospitales modernos y adecuados a las necesidades sanitarias locales. La construcción del Hospital Reina Sofía de Tudela (1986) y la asunción de la gestión por el Gobierno de Navarra del Hospital García Orcoyen de Estella en 1986 posibilitaron contar con los instrumentos para avanzar en ese proceso de descentralización.

Los estudios de planificación realizados en esa época establecían unas previsiones respecto a la frecuentación hospitalaria a alcanzar en esos centros hospitalarios. Tal como se observa en la tabla adjunta ambos hospitales han superado las previsiones realizadas hace 15 años, manifestando así el arraigo y atractivo sanitario de los centros para las poblaciones de su ámbito de referencia (Tabla 21).

Tabla 21. Evolución de frecuentación hospitalaria en los hospitales comarcales.

	Situación en 1985	Objetivo	Situación en 2000
Hospital García Orcoyen	48	65	73
Hospital Reina Sofía	52	75	88

En estos últimos diez años los ingresos hospitalarios se han incrementado de forma importante, un 43% en Estella y un 27% en Tudela. Por su parte, la hospitalización de urgencia ha crecido mucho más en Estella (82%) que en Tudela (30%). Todas estas variaciones de actividad han coin-

cidido con importantes reducciones en la duración de la estancia; así el hospital de Estella ha pasado de una estancia media en 1990 de 8,2 días a 5,6 en 2000, y el hospital de Tudela de 7,2 a 5,4 días en el mismo periodo.

Es así mismo importante señalar que gracias a los oportunos Convenios, el hospital de Tudela viene atendiendo de forma regularizada y en situaciones de urgencia a poblaciones de comunidades vecinas que desde la inauguración del hospital venían demandando dicha atención.

El Plan Director del hospital de Estella, en avanzado estado de aplicación, ha permitido ampliar y remodelar las instalaciones del centro para adecuarlas a las necesidades actuales, con especial énfasis en el desarrollo de áreas de atención ambulatoria.

Importante descentralización de la asistencia especializada

Además de lo referido a las comarcas de Tudela y de Estella y en el conjunto de la red asistencial de Navarra, en los años noventa se han consolidado varias de las iniciativas emprendidas a finales de los ochenta dentro del objetivo de descentralización de prestaciones. Otras intervenciones en cambio son de reciente materialización.

Entre los primeros caben señalarse aquellos servicios considerados de apoyo a la atención primaria tales como los servicios de Salud Mental (8 centros vinculados a centros de salud), la toma descentralizada de muestras de sangre y otras en todo el territorio, la posibilidad de iniciar tramites administrativos desde los centros de salud en relación con las prestaciones económicas y muy recientemente la posibilidad de establecer la cita con el especialista desde el propio centro de salud, entre otros.

La importante presencia y grado de actividad desarrollada por los centros de fisioterapia fuera de los hospitales que permiten ofrecer un servicio cercano al ciudadano.

Desde 1998 se han acercado los servicios de atención a la mujer a la población al haberse ordenado las prestaciones de Tocoginecología y de Planificación Familiar mediante el D.F. 259/1998. Se han establecido 11 sectores con 15 centros de atención repartidos por toda la geografía.

El avance de los sistemas informáticos nos permiten ya, poner a disposición de los servicios de atención primaria información clínica relevante generada en los centros especializados: resultados de laboratorio, informes de alta hospitalaria, informes de consulta, etc.

Avances en los instrumentos y modalidades de gestión

Como continuación del desarrollo de la gestión por objetivos, promovido en los hospitales públicos en los años ochenta, en el último decenio se han consolidado nuevas formas de vinculación entre las direcciones de los organismos gestores y los centros proveedores de servicios, los

Contratos Programa, en uso desde 1998. En estos Contrato Programas se establecen objetivos de actividad y de calidad, y la financiación queda vinculada a los mismos mediante los correspondientes indicadores de evaluación.

Tanto por la necesidad de evaluar periódicamente el grado de cumplimiento de los contratos programa, como por mejorar ámbitos específicos de gestión, se han mejorado los sistemas de información de gestión de personal, del área económica y los referidos a la actividad (producción y listas de espera). Mención aparte merece la consolidación de los sistemas de medición de producto (GRD) puestos en marcha desde mediados de los noventa, ya que permiten avanzar en el conocimiento y mejora de la gestión de casos (información clínica) y en la mejora de la eficiencia (utilización de recursos).

Recientemente, se ha constituido la primera Area Clínica (la del Corazón) como nueva modalidad organizativa y de gestión que permite descentralizar atribuciones y responsabilidades hasta hoy propias de las direcciones de los hospitales (Médica, de Enfermería y de Personal principalmente) y acercarlas a los profesionales que han de afrontar la atención a los pacientes. Se busca así una mayor flexibilidad en la estructura para favorecer su adaptación a las necesidades de los pacientes.

En la actualidad se procede a la extensión de la historia clínica informatizada, instrumento clave para la mejora, entre otras, de la continuidad de cuidados, tanto en el propio medio hospitalario, como en la relación con la atención primaria.

Poca evaluación de la calidad y de los resultados

La falta de evaluación es sin duda una de las asignaturas pendientes de nuestro sistema sanitario. Resulta paradójico para un sistema sanitario con el alto nivel de gasto (150.000 pesetas por habitante) y el nivel de actividad como el nuestro, la poca dedicación a la función evaluadora, tanto en el área clínica (calidad de los cuidados y evaluación de resultados) como en el ámbito de la gestión o en el de la evaluación de servicios.

La constitución en 1998 de estructuras específicas en los hospitales para la gestión de la calidad, la conformación de los Planes de Calidad en el SNS-O y el trabajo en este sentido de profesionales sanitarios en sus respectivos servicios, están empezando a paliar este importante déficit.

Importantes incrementos del gasto y de personal

Desde 1990 el gasto corriente, en pesetas corrientes, de la atención especializada se ha doblado (crecimiento del 96,8%), alcanzando los 43.654 millones de pesetas en el 2000. Los incrementos de gasto más fuertes han coincidido con la asunción de competencias sanitarias del Insalud a principios de los noventa. En los últimos 5 años el crecimiento anual pro-

medio ha sido del 6,2%. En pesetas constantes, el gasto total ha pasado de 22.183 millones a 28.728 millones, incrementándose en un 29,5%, dicho en otros términos: de todo el incremento del gasto habido estos 10 años, el 66% ha sido para hacer frente a la inflación y el 34% a la financiación de otros conceptos (estructura, actividad...).

Desde 1992, año desde el cual se cuenta con información homogénea, hasta el año 2000, la plantilla del SNS-O dedicada a la asistencia especializada ha crecido en 433 puestos considerando las plazas fijas y las temporales (1 puesto por cada 12 meses de contrato). Por estamentos las variaciones habidas han sido las siguientes: Facultativos Especialistas +58; Facultativos no Especialistas -42; Sanitarios Titulados +318; Sanitarios No titulados +135; Administrativos +69; Servicios generales -105.

Baja implicación de los trabajadores en las instituciones sanitarias

Todos los procesos participativos resultan difíciles de emprender y más difíciles aún de mantener.

Se constata a muy diferentes niveles el bajo grado de participación de los trabajadores en la vida y funcionamiento de su organización. Existe una preocupante atomización del quehacer tanto a escala individual, como al nivel de unidades o de servicios. Son relativamente pocas las iniciativas dirigidas a la mejora de la actividad profesional, a la creación de círculos de mejora u otro tipo de actividades de búsqueda de la calidad. El funcionamiento de las comisiones clínicas (aprobadas por las Juntas técnico Asistenciales), en general, no resulta lo activo que sería de esperar. Las sesiones clínicas y encuentros entre profesionales para la comparación de diagnósticos realizadas entre patólogos, quirúrgicos, radiólogos y otros no son tan frecuentes como sería deseable.

De todo ello no puede concluirse que exista un único responsable, pero si conviene reflexionar al respecto para buscar vías de para afrontar o atenuar esta situación y poder utilizar la participación de nuestros profesionales en la mejora del funcionamiento de nuestras instituciones y servicios.

Escenario poco definido para afrontar el futuro

De la evolución seguida en el entorno sanitario más inmediato al sistema sanitario de Navarra pueden intuirse orientaciones que más o menos tarde aterrizarán en nuestro sistema. Así, la creciente preocupación por la mejora de la atención al paciente, por la calidad, por la descentralización de la gestión mediante diferentes formas de la gestión clínica, la reordenación de estructuras considerando los procesos asistenciales más allá de las especialidades médicas, una gestión económica más responsable y consecuente y una mayor comunicación con la atención primaria, pueden ser algunas de las orientaciones generales a

considerar para nuestra organización. Pero, para que los diferentes niveles de responsabilidad puedan tomar decisiones en mejores condiciones, resulta necesario esbozar de forma explícita el escenario que a medio plazo se le plantea a la asistencia especializada de Navarra. Hay que afrontar decisiones, algunas de ellas congeladas en el decenio, como son la conveniencia o no de mantener duplicados la mayoría de servicios clínico asistenciales, la reestructuración de algunos servicios centrales y de otros generales, la apuesta por las nuevas modalidades de gestión, la mayor implicación de los clínicos en la organización de los centros, la aplicación de incentivos en función de resultados, establecer prioridades para la innovación tecnológica, orientar una política de inversiones a medio plazo, entre otras.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

Autora: Nieves Ascunce Elizaga. Directora del Servicio de Salud Pública y del Instituto de Salud Pública.

El Programa de Prevención de Cáncer de Mama se inició, a efectos de realización de exploraciones, el 3 de marzo de 1990, aunque hasta septiembre de ese mismo año no se comenzó a trabajar de forma sistemática. En septiembre del año 2000 ha comenzado la sexta vuelta del programa, en este caso tomando como población objetivo a todas las mujeres entre 45 y 69 años de edad (en total 76.549 mujeres).

A todas las mujeres que acuden por primera vez se les realizan dos proyecciones mamográficas (desde la tercera vuelta) y a las que ya han sido exploradas con anterioridad una sola.

En esta sexta vuelta, a fin de aumentar la sensibilidad del proceso, se ha incorporado la doble lectura de todas las mamografías de screening.

Resultados

A efectos del presente informe se han agrupado todos los datos procedentes de exploraciones realizadas desde el comienzo del Programa hasta el 31 de diciembre de 1997.

Durante este periodo han sido convocadas para realizarse la exploración 80.126 mujeres residentes en Navarra con edades comprendidas entre 45 y 65 años, de las que un 88,97% (71.286 mujeres) han acudido al menos una vez a las unidades de detección. Mil doscientas seis mujeres aportaron información válida sobre una mamografía anterior que permitió posponer la primera exploración a la vuelta siguiente.

Sobre 129.586 situaciones en las que la mujer había sido explorada en la vuelta anterior, se ha repetido la exploración en su intervalo en el 96,26% de los casos, lo que traduce la gran adherencia que se produce. En

1.360 de 2.824 (48,16%) casos se realizó la mamografía con un intervalo igual o superior a 4 años respecto a la exploración anterior.

La lectura del test de screening ha permitido descartar la sospecha del tumor en un 86,6 % de los casos. El resto de las mujeres han vuelto a ser citadas para la realización de nuevas pruebas (desde mamografía en la propia unidad hasta biopsia en la unidad hospitalaria correspondiente).

El porcentaje de mujeres que precisan valoración adicional varía en relación al tipo de exploración, entre un 9,84 en las mujeres que han tenido una exploración en la vuelta anterior y un 19,07 en las mujeres que se exploran por primera vez.

Prácticamente en todos los casos (99,92%) se ha logrado completar el proceso de detección-diagnóstico y obtener un resultado de la exploración.

En el 90,6% de los casos se obtiene un resultado negativo; la mujer vuelve a ser citada los 2 años para realizarse una nueva exploración. A algo más del 9% de las mujeres se les cita al año o 6 meses para realizarse una revisión intermedia. En 3,4 de cada 1000 exploraciones se ha confirmado un tumor maligno.

Las tasas de detección más altas se obtienen en el grupo de mujeres exploradas por primera vez pero que no habían acudido en su primera citación (8,75 por 1000 mujeres exploradas), seguidas del grupo de mujeres que se exploran por primera vez acudiendo en la primera cita (5,40).

En las exploraciones sucesivas, la tasa de detección baja más o menos a la mitad con escasa diferencia entre los dos subgrupos (3,14 y 2,95), aunque dado el bajo número de mujeres con exploración irregular es poco valorable.

Se analizan las características de 785 tumores malignos detectados en el periodo estudiado. 19,35% se confirman como intraductales y 24,8% invasivos pero menores de 1 cm, lo cual da idea del cambio significativo en la presentación de tumores respecto al periodo anterior a la puesta en marcha del Programa.

De los tumores invasivos, 66,61% no presentan infiltración ganglionar.

Impacto del programa

Según los datos del registro de tumores se ha producido un incremento de la incidencia del 40% entre el quinquenio 85-89 y el 90-94, periodo en el que se completa la primera vuelta del programa, siendo mucho más acusado el aumento en el año 1991.

Comparando los tumores que se han diagnosticado a través del programa con los que se han diagnosticado por otros medios se observa una clara diferencia a favor de los primeros. Dieciséis por ciento frente a 4% son "in situ", 70% frente a 36% son invasivos menores de 2 centímetros;

de todos los invasivos, 51% tienen invasión ganglionar frente a un 67% en los que no proceden del Programa (Tabla 22).

La supervivencia relativa a 5 años ha pasado de 71,3 en los tumores diagnosticados en el quinquenio 85-89 a 81,8 en los del periodo 90-94 (aumento de 14,72%), con un incremento significativamente mayor en el grupo de 45 a 65 años.

Se constata una estabilización de las tasas de mortalidad por cáncer de mama.

Hay que tener en cuenta que el último periodo analizado, 95-97 está muy cercano al comienzo del programa y por tanto es difícil demostrar un cambio de tendencia significativo. Según el análisis coste-efectividad realizado, hasta el año 2010 no se podrá obtener un descenso mantenido y significativo, que se estima se situará en el 20%.

Tabla 22. Actividad y resultados intermedios en el programa de Detección Precoz de Cáncer de mama. Evolución desde 1990.

	1ª vuelta	2ª vuelta	3ª vuelta	4ª vuelta	Provisional 5ª vuelta
Fecha de finalización	jul-92	jul-94	jul-96	jul-98	jul-00
Proceso					
Mujeres exploradas	49.631	56.949	54.571	55.266	56.808
Imágenes adicionales (%)					
Mamografía	18,4	12,91	9,77	9,17	6,77
Ecografía	1,45	1,5	2,19	1,88	1,75
Revisiones intermedias (%)	9,12	9,93	6,85	9,46	7,38
Envíos a Hospital (%)					
Total	1,25	0,66	0,7	0,7	N.D.
Con sospecha de malignidad	1,1	0,58	0,59	0,61	N.D.
Indicadores predictores					
Participación (%)	84,6	86,4	87,5	87,5	87,7
Tumores detectados	289	178	178	215	N.D.
Tasa de detección (%)	0,58	0,31	0,33	0,39	N.D.
Tipo de tumores (%)					
Estadio 0 ("in situ")	16,5	14,9	26,2	20,6	N.D.
Estadio I	46,99	47,73	37,72	48,62	N.D.
Estadio 0 ó I	63,49	62,63	63,92	69,22	N.D.
Invasivos <= 20 mm	71,8	60,4	75,6	63,82	N.D.
Sin infiltración ganglionar	72,5	77,1	71,4	79,4	N.D.

N.D.:datos no disponibles.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI)

Autor: Joaquín Artazcoz, Programa de Salud Bucodental. Dirección de Atención Primaria.

Estructura

Los recursos humanos y físicos analizados son:

- Número de proveedores:
 - Dentistas del PADI: públicos y privados concertados.
 - Enfermeras de sellados: desde 1991 a 1997.
- Número de consultas operativas en el PADI y en sellados.
- Número de localidades de Navarra con alguna consulta dental: PADI y sellados.

Tabla 23. Recursos participantes en el PADI.

Año	Sellado de fisuras		PADI			
	Localidades con consulta	Enfermeras proveedoras	Nº de dentistas Públicos	Concertados	Número Consultas	Número de localidades
1991	4	2	3	25	32	13
1992	4	2	3	36	60	20
1993	4	2	3	50	60	23
1994	4	2	3	60	71	26
1995	4	2	3	60	71	26
1996	4	2	3	58	66	26
1997	4	2	3	58	66	25
1998	0	0	3	134	158	35
1999	0	0	4	135	159	35
2000	0	0	4	139	167	38

Proceso***Actividades preventivas******Sellado de fisuras***

Esta actividad tenía como objetivo disminuir la incidencia de caries en las superficies oclusales de los molares definitivos. Desde 1988 a 1990 se dirigió a la población escolar de 1º EGB; desde 1991 a la de 8º EGB/2º ESO que, en las revisiones de salud escolar, era catalogada como de “alto riesgo” de desarrollar caries y, como tal, se derivaba a la consulta de referencia. En 1998 se dejó de realizar porque la población diana fue absorbida por el PADI.

Enjuagues semanales con NaF

Actividad en marcha desde 1986, que se ejecuta en los centros escolares de Navarra gracias a la colaboración de los profesores y cuyo objetivo es disminuir la incidencia de caries en las superficies dentarias lisas.

Educación para la Salud (EpS)

Esta actividad, cuyo objetivo es crear hábitos saludables para la salud bucodental, se viene ofertando desde 1987 a la población escolar de 4 a 12 años, y se ha llevado a cabo en los centros escolares gracias a la colaboración del profesorado (Tabla 24).

Tabla 24. Actividades educativas y preventivas en el PADI.

AÑO	SELLADO DE FISURAS		ENJUAGUE SEMANAL		EpS
	Niños revisados (% / existentes)	Niños sellados (% / revisados)	% alumnado que recibe material	% alumnado que hace enjuagues	% alumnado que recibe material
1991	8.152 (99)	2.803 (34)	92,5	?	100
1992	6.499 (81)	1.966 (30)	95,2	?	100
1993	6.208 (80)	1.584 (26)	95,8	?	100
1994	5.970 (80)	1.693 (28)	94,0	?	98,3
1995	5.359 (74)	1.522 (28)	94,1	82,3	98,4
1996	4.185 (68)	1.173 (28)	92,1	78,0	99,1
1997	2.610 (42)	804 (31)	88,2	90,4	98,2
1998	-	-	83,8	85,5	96,9
1999	-	-	82,9	86,1	95,0

Actividades asistenciales

Programa puesto en marcha en 1991, según el Decreto Foral 58/91, por el que se oferta asistencia dental básica gratuita a la población residente en Navarra de 6 a 15 años (nacida desde el 01/01/84).

De financiación pública, la provisión de servicios es mixta: dentistas asalariados del SNS/O y dentistas privados concertados por el SNS/O mediante un sistema de pago basado en el pago capitativo.

El perfil asistencial que ha venido generando el PADI desde su puesta en marcha ha ido modificándose de forma paralela al aumento de la edad media de la población diana (el PADI se implementó de forma incremental), tal como se observa en la tabla 25.

Cabe destacar el incremento constante del índice de utilización, llegando a casi el 62% en 1999, de forma muy parecida a lo que ha sucedido en la Comunidad Autónoma Vasca, la otra Comunidad además de Navarra donde funciona desde 1990 un esquema de atención dental infantil similar al nuestro.

Tabla 25. Evolución de la actividad asistencial en el PADI.

Item	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Población Diana (PD)	10.875	16.100	21.262	26.339	31.435	36.255	41.000	46.000	50.750
% de PD atendida (NA)	39,12	40,50	42,70	43,76	46,60	50,20	55,50	61,00	61,80
Dientes sellados / 100 NA	65,60	68,34	61,61	56,66	57,37	64,15	60,94	63,28	?
Dientes obturados / 100 NA	14,00	15,25	20,04	22,16	20,75	25,75	27,31	34,01	?
Dientes con tto. Pulpar / 100 NA	1,85	2,85	1,52	2,28	1,90	2,38	1,88	1,86	?
Fluorizaciones tópicas / 100 NA	0	0	0	0,43	1,30	2,43	1,29	1,49	?
Permanentes extraídos / 100 NA	0,07	0,12	0,17	0,42	0,69	0,85	0,95	0,95	?
Temporales extraídos / 100 NA	12,95	13,18	12,86	15,33	14,38	13,39	11,31	11,87	?
Radiografías intraorales / 100 NA	6,25	6,27	7,95	9,94	9,40	8,27	6,60	7,01	?

Resultados

Los cambios en el estado de salud en Navarra se recogen en la tabla 26.

Tabla 26. Cambios habidos en el estado de salud. 1987-1997.

Índice	1987	1997
Prevalencia de caries a los 6 años	62,80*	36,40
Prevalencia de caries en dentición permanente a los 9 años	49,20	19,90
Prevalencia de caries a los 12 años	70,00*	42,20*
Prevalencia de caries a los 14 años	84,30	49,20
Índice CAOD a los 6 años	0,28*	0,04
Índice cod a los 9 años	2,66	1,29
Índice CAOD a los 9 años	1,03	0,35
Índice CAOD a los 12 años	2,30*	0,90
Índice CAOD a los 14 años	3,73	1,35
Índice de restauración en dentición permanente a los 9 años	22,30	77,10
Índice de restauración en dentición permanente a los 12 años	42,17*	81,10
Índice de restauración en dentición permanente a los 14 años	38,90	76,30
Nº de sextantes periodontalmente sanos a los 14 años	1,60	3,92
% de niños de 14 años con un índice CPITN = 0	0,45	23,90
% de niños de 14 años con un índice CPITN = 1	16,16	63,10

* Dato estimado

Los resultados obtenidos en términos de salud pueden calificarse de muy buenos. Las cifras de la tabla anterior hablan por sí mismas.

Difícilmente podríamos conocer la causa real del gran descenso en la prevalencia de la caries en todas las edades estudiadas, del descenso del índice CAOD o de la mejoría de los índices periodontales, pero probablemente han jugado un papel muy importante tanto las actividades preventivas que vienen funcionando desde la segunda mitad de los años 80 como el PADI.

En cuanto al gran aumento del Índice de Restauración (proporción que el componente “Obturado” supone en el valor del CAOD), que indica la proporción de caries que se encuentra empastada, es muy probable que se deba principalmente al PADI.

En la 27 tabla se exponen tres índices epidemiológicos a los 12 años en diferentes comunidades y países de nuestro entorno.

Tabla 27. Indicadores comparativos de la afectación por caries.

Comunidad/País	Año	Índice CAOD	Prevalencia de caries	Índice de restauración
Navarra	1997	0,90	42,20	81,10
Cataluña	1997	0,90	46,60	44,60
País Vasco	1998	1,00	43,00	73,30
Andalucía	1995	2,69	73,00	25,00
España	1994	2,32	68,30	37,90
Dinamarca	1994	1,30	51,00	-
Reino Unido	1993	1,40	52,00	-
Francia	1993	2,07	65,00	-
Holanda	1993	0,90	40,00	-

Como puede comprobarse, la posición de Navarra es muy buena en términos relativos: tanto la prevalencia como el promedio por niño de lesiones de caries (CAOD) es de las menores de nuestro entorno; además, de la escasa caries existente la proporción que se encuentra tratada (índice de restauración) es muy alta.

Cumplimiento de los objetivos planteados en el plan de salud

Los objetivos 25, 26 y 27 establecidos en el Plan de Salud no sólo se han alcanzado sino que han sido “fulminados” (valga la expresión), según los resultados obtenidos en la “Encuesta Epidemiológica sobre la Salud Dental de los Escolares de Navarra 1997” (Tabla 28).

El objetivo nº 28 no puede ser evaluado ya que no se ha hecho un estudio epidemiológico de adultos desde 1988.

Tabla 28. Cumplimiento de objetivos del Plan de Salud de 1991.

Índice	1987	OBJETIVO 2000		1997
		nº	Plan Salud	
Prevalencia de caries a los 6 años	62,80*	25	50	26,80
Prevalencia de caries a los 12 años	70,00*	25	50	30,00
Índice CAOD a los 12 años	2,50*	26	= 6 < 2	0,90
% de niños de 14 años con un índice CPITN = 0 - 1	16,61	27	50	87,00
Nº de sextantes periodontalmente sanos a los 14 años	1,59	27	2,50	3,92
Prevalencia de edentulosis total a los 65-74 años	39,60**	28	30	?
% de personas dentadas de 65-74 años con índice CPITN = 3-4	24,00**	28	10	?

* Dato estimado ** Dato de 1988

Otros resultados de la encuesta epidemiológica titulada “La Salud Dental de los Escolares de Navarra 1997”.

Autor: Javier Cortés Martincorena

El cepillado dental (más de una vez al día) es más frecuente en el medio urbano, 66,9 frente a 33,3% en el medio rural.

Además de reducirse la necesidad (menos enfermedad), el índice de restauración (reparación) ha mejorado muchísimo en toda la comunidad, alcanzando 85,0% en el medio urbano y el 78,1 en el medio rural (sin diferencias en categoría socioeconómica).

Mejores indicadores (prevalencia de problema e intensidad) en categoría socioeconómica media que en la alta o la baja.

Asistencia al PADI: (Plan de Asistencia Dental Infantil). Ante la pregunta de si ha acudido a algún dentista en el último año, las respuestas según la edad de los escolares han sido:

- A los 6 años (en el primer año de entrada en el programa) el 50,3% de los que pueden acudir acuden. Otro 20,8% acude de forma privada y 11,9% no ha acudido.

- A los 12 años el 61,2% PADI, 21,3% a privado y 17,5% no acude.

- A los 14 (no había PADI) 67,2% acude a un privado y 32,8% no acude. (Tabla 29).

A los 6 años y sobre todo a los 9 y 12 años, el colectivo de los que no ha acudido al dentista en el último año presenta una prevalencia de caries y un índice CAOD menor que los otros dos colectivos. Por ello puede pensarse que el motivo principal para acudir al dentista sigue siendo el atender un problema bucodental específico.

Quienes más se benefician del PADI son las poblaciones rurales y de nivel socioeconómico bajo.

Tabla 29. Asistencia al dentista en el último año.

EDAD	6	9	12	14
No ha acudido el último año	28,9	11,9	17,5	32,8
Financiación privada	20,8	25,5	21,3	67,2*
Financiación PADI	50,3	62,6	61,2	-

*El año 97 el PADI no cubría a los de 14 años.

Fuente: Encuesta epidemiológica sobre la salud dental de los escolares de Navarra 1997. Cortés y col.

PREVENCIÓN DEL SIDA Y APOYO A PERSONAS AFECTADAS

Autor: Lázaro Elizalde, Sección de Intervenciones poblacionales y Promoción de Salud, Instituto de Salud Pública.

Instituciones y organismos con los que se ha trabajado

Se ha colaborado en distintos órganos de participación, elaboración conjunta de propuestas y puesta en marcha de actuaciones entre otras con las siguientes instituciones y organismos:

- Departamento de Presidencia. Publicaciones, Prensa.
- Departamento de Educación. Sección de Renovación Pedagógica, diversos Centros educativos de todos los niveles educativos, y de toda la geografía Navarra.
- Departamento de Salud. Plan Foral de Drogodependencias, Dirección de Atención Primaria, Sección de Enfermedades Infecciosas, COFES, Laboratorio G. Solchaga, Servicio de Pediatría H.V.C., Sección de Docencia, Unidades de Trabajo Social y Atención al Paciente de Hospitales, Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental Comunitaria, Hospital San Juan de Dios, etc.
- Departamento de Bienestar Social. Sección Programas Intersectoriales, Atención Primaria, etc.
- Ayuntamiento de Pamplona. Área de Servicios Sociales, Área de Sanidad.
- Asociaciones. Comisión Ciudadana Antisida, SAR-E, INYASIDA, Consejo de la Juventud, Vida Nueva.
- Universidad Pública de Navarra. Departamentos de Sociología y Trabajo Social.
- Otros. Diversos centros, asociaciones e instituciones.

Objetivos pretendidos al inicio y posibles adaptaciones

Los objetivos propuestos por el Plan en 1991 eran la “disminución de la transmisión de infección por VIH” (Obj.21).

Posteriormente en Programa elaborado por la C.A.T. y aprobado por el Parlamento en 1995 se precisaron los siguientes objetivos:

1. Contribuir a frenar la progresión de la infección por el VIH en nuestra comunidad con respecto a la tendencia seguida hasta la actualidad.
2. Garantizar la atención adecuada física, psicológica y/o social a las personas con prácticas de riesgo, seropositivas, enfermas y/o seres queridos (en la red de utilización pública y/o en los organismos comunitarios).
3. Conseguir un “clima social” adecuado respecto al problema de la infección VIH/SIDA, favoreciendo corrientes de opinión y actitudes de respeto y democráticas respecto a las personas y a las supuestas prácticas de riesgo.
4. Lograr una formación integral y continuada de profesionales, involucrados en el desarrollo de este Programa dependientes del Departamento de Salud, otros Departamentos y Organismos públicos y entidades comunitarias y potenciar la investigación sobre el tema.
5. Mantener un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica que aporte datos fiables de prevalencia de infección, incidencia y mortalidad por VIH/SIDA, garantizando la confidencialidad conseguida.
6. Coordinar y/o impulsar en su caso, la coordinación de las estructuras y organismos departamentales y extradepartamentales implicados en Navarra en el problema de la infección VIH/SIDA.
7. Estimular la participación de profesionales y organismos comunitarios en el desarrollo del Programa.

Actuaciones habidas

Entre las principales actuaciones desarrolladas desde 1991 podemos identificar las siguientes:

- Impulso y elaboración de directrices consensuadas para abordar la prevención de sida en el conjunto de la sociedad Navarra.
- Elaboración de consensos técnicos profesionales de actuación en materia de atención primaria y de prevención.
- Definición de un marco general de trabajo conjunto con las Organizaciones no Gubernamentales, y subvención de proyectos anuales de funcionamiento de actividades en las áreas de prevención, sensibilización, información, ayuda mutua, apoyo emocional, y acogida.
- Desarrollo conjuntamente con otras instituciones de dispositivos de acogida, apoyo a personas con carencias afectadas por situaciones relacionadas con la infección por VIH, mediante el acceso a prestaciones u otro tipo de apoyos.

- Desarrollo de iniciativas de actuación en diversos ámbitos: Farmacias, centros educativos, locales de ONG, prisión, Centros de Atención Primaria, etc., basadas en las llamadas estrategias de reducción de riesgo.

Logros alcanzados

Aprobación por el Parlamento de Navarra en 1995 de un Programa de actuación por unanimidad de todos los grupos parlamentarios.

- Inicio y mantenimiento de dispensación de kits sanitarios antisida en oficinas de farmacia de Navarra.
- Programas de Intercambio de Jeringuillas.
- Puesta a punto y consolidación de Centro de Acogida para personas con sida carentes de recursos.
- Elaboración, (y formación previa a la presentación) de una Guía de actuación ante la infección por vih en Atención Primaria, con una participación de 300 profesionales.
- Normalización social de la distribución de preservativos en espacios o momentos en que es posible y ajustado a la realidad social acercar esta alternativa de prevención a personas y situaciones en que puede aumentar la realización de prácticas de riesgo (fiestas, festivales, locales de ocio, etc.).
- Participación en diferentes cursos, sesiones de formación, actividades informativas, campañas de sensibilización, etc., destinadas a población general, profesionales, organismos comunitarios, etc.

Dificultades constatadas y problemas actuales

En el periodo transcurrido desde 1991 se pueden identificar dos grandes fases que han afectado a las líneas de actuación del Programa: en una fase inicial en que determinadas posiciones morales o ideológicas marcaron de manera sustancial los planteamientos técnicos, y una segunda etapa iniciada en el momento en que por unanimidad se aprobó el Programa en el Parlamento, y que sentó las coordenadas técnicamente consensuadas de actuación.

A partir de este momento, aunque pueden quedar personas o sectores con juicios morales previos a planteamientos técnicos, estos últimos tienen el carácter predominante en las actuaciones marcadas en relación con el Programa.

Las principales dificultades constatadas en la actualidad son las siguientes:

1. Los cambios en la terapéutica y técnicas diagnósticas en relación con la infección han modificado sustancialmente la capacidad de actuación de Atención Primaria quedando en estas condiciones pendiente de ac-

tualización la competencia y funciones actuales de la Guía de actuación ante la infección por VIH en Atención Primaria. No obstante esta situación, se han incorporado a la Cartera de Servicios de Atención Primaria acciones relacionadas con la prevención y detección de infección por VIH, que deberán ser incorporadas progresivamente a la Cartera de Servicios de cada E.A.P.

2. Se han incorporado a la práctica habitual de técnicas diagnósticas y terapéuticas el Consentimiento Informado, actitud que aunque no exclusiva de situaciones relacionadas con la infección por VIH/SIDA, ha afectado en el pasado de manera notable a personas o pacientes y ha contribuido a distorsionar el clima social y ha afectado a algunos aspectos relacionados con la atención.
3. Se ha diseñado y mantenido un sistema de vigilancia epidemiológica de la infección que constituye una base de partida privilegiada para conocer el desarrollo de la pandemia en Navarra, siempre que cuente con el necesario consenso institucional y social en sus aspectos técnicos y operativos.
4. Actualmente han mejorado las expectativas de vida de personas seropositivas lo que plantea algunos problemas emergentes entre los que podemos a modo de esbozo identificar los siguientes:
 - Carencia de recursos sociales de apoyo a personas seropositivas que además están en situación de exclusión social y para quienes no existen alternativas de atención. El desarrollo de las propuestas inicialmente esbozadas de actuación en el espacio sociosanitario deberá contemplar la coordinación de esfuerzos, prestaciones y profesionales que permitan adecuar las respuestas institucionales a las necesidades de determinados pacientes que entre otras problemáticas incluyen la seropositividad al VIH, y que en número importante y creciente requieren respuestas combinadas y coordinadas para hacer frente a su compleja situación.
 - Dificultades de ajuste de recursos disponibles en la red de Salud Mental a necesidades de determinados pacientes seropositivos, dificultad que llega a la inexistencia de recursos propios o concertados para atender a personas con demencias sida o procesos crónicos de Salud Mental ligados directa o colateralmente a la infección por VIH/SIDA.
 - Dificultades para la coordinación de todos los dispositivos profesionales y comunitarios para mejorar los niveles de adherencia terapéutica de pacientes en tratamiento, máxime cuando el cumplimiento terapéutico es clave para garantizar la supervivencia y la calidad de vida de pacientes y sobre cuya mejora se realizan esfuerzos desde variadas instancias a veces no suficientemente coordinados.

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIAS

Información obtenida del “Informe 2000” del Instituto de Salud Pública.

Los fundamentos y propósitos del programa están recogidos en la Orden Foral 170/1998 de 16 de Noviembre, del Consejero de Salud en la que se establece el Programa de Detección Precoz de Hipoacusias en el periodo neonatal.

Fines

Evitar el déficit cognitivo/lingüístico que produce la hipoacusia total y así, evitar la desigualdad socio-educativo-laboral y el aislamiento social.

Objetivos

Detección de todas las sorderas congénitas antes del tercer mes de vida. Proceder a la estimulación precoz y al tratamiento adecuado

Bases del programa

- Población diana: Todos los recién nacidos en Navarra y los que nazcan en otra Comunidad, de madres residentes en Navarra.
- Test de detección: Otoemisiones acústicas de estímulo transitorio.
- Proceso de detección: La prueba de detección se realiza al tercer día de vida. Si la prueba no es superada se repite a los 15 días de vida y si ésta tampoco se supera se repite a los 90 días de vida. Para confirmación de la Hipoacusia y su diagnóstico se procede a realizar Potenciales Evocados Auditivos.

Resultados

El programa se inició formalmente el 3 de mayo de 1999, siendo la implantación del mismo progresivo. A continuación se presenta la actividad realizada en 1999 a los recién nacidos, de madres residentes en Navarra, en los hospitales Virgen del Camino de Pamplona y en el hospital Virgen de Aránzazu de Guipúzcoa (Tabla 30).

Tabla 30. Actividad desarrollada en 1999 desde el inicio (3 de mayo de 1999).

	Realizadas	Sin problema	No satisfactorio	% no satisfactorio
Nº de primeras OEA	2.544	2.328	216	9,3
Nº de segundas OEA	201	131	70	34,8
Nº de terceras OEA	39	19	20	51,3
Explorados para confirmación diagnóstica mediante PEA	6			

Fuente: ISP.(Informe 2000). OEA= Otoemisiones Acústicas. PEA= Potenciales Evocados Auditivos

PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

Autores: María Antonia Ramos, Sección de Genética Médica del Hospital Virgen del Camino y Ander Arrazola, Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.

Objetivos

(Orden Foral de 14 setiembre de 1.888 del Consejero de Salud sobre Programa de Prevención de Minusvalías Psíquicas).

El subprograma Consejo Genético – Diagnóstico Prenatal tendrá como objetivos y funciones los siguientes:

- Reducir la incidencia de minusvalías producidas por malformaciones congénitas y enfermedades genéticas en la población de Navarra.
- Ofrecer a las parejas e individuos Consejo genético objetivo y preciso.
- Efectuar el Diagnóstico Prenatal en los embarazos de riesgo.
- Informar a la población.
- Establecer un sistema de registro, así como un seguimiento epidemiológico de enfermedades genéticas y malformaciones congénitas para la continua evaluación del subprograma.

Cronología

- 1991. Inicio de los servicios asistenciales de diagnóstico citogenético en sangre periférica.
Inicio de los servicios asistenciales de consulta genética.
- 1993. Inicio de los servicios asistenciales de diagnóstico citogenético en médula ósea.
- 1994. Inicio del programa de diagnóstico prenatal de cromosomopatías en líquido amniótico.
- 1996. Diagnóstico molecular de algunas enfermedades monogénicas.
- 1997. Inicio del programa de screening para síndrome de Down y defectos del tubo neural en suero materno.
- 1999. Aplicación de técnicas de FISH al diagnóstico prenatal de cromosomopatías

Actividad asistencial (1995-1999)

En los gráficos adjuntos se presenta la evolución de la actividad relacionada con el diagnóstico prenatal realizada por desde el servicio de genética del Hospital Virgen del Camino. Otros profesionales pertenecientes a Ginecología y Pediatría principalmente, participan junto al servicio de genética en el desarrollo de las actuaciones.

En 1995 tiene lugar la constitución formal de la comisión de diagnóstico prenatal en el Hospital Virgen del Camino, de la que forman parte bioquímicos, ginecólogos, pediatras y genetistas. Desde el inicio y con periodicidad anual la comisión revisa las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

Las principales actividades realizadas en el programa son las siguientes:

A.- Consulta de diagnóstico prenatal: Donde se valoran antecedentes y se informa de los resultados obtenidos en las pruebas complementarias practicadas. El acceso a la misma (ver gráfico) es principalmente por criterio de edad, mayor o igual a 35 años y como resultado de una prueba de screening positiva. Desde su inicio la casuística estudiada en la consulta se ha incrementado un 35%, manteniendo la tendencia al alza.

B.- Screening. La constatación de la asociación de alteraciones en los niveles de alfafoproteína y de gonadotropina coriónica en el suero de mujeres embarazadas con problemas cromosómicos (Síndrome de Down) y defectos congénitos ha permitido ofertar a población que no cumple el criterio de edad, una prueba de screening, con capacidad de detección de embarazos de riesgo. En la actualidad (1999) estas pruebas se realizan al 46% de las mujeres embarazadas. La cobertura (ver gráfico) presenta una tendencia ascendente. Es importante señalar que el resultado tiene en cuenta la edad de la mujer y el umbral elegido en la determinación analítica. Según la literatura, este último factor puede hacer modificar el porcentaje de falsos positivos de un 3 a un 10%.

C.- Diagnóstico genético fetal. En el 95% de las consultas realizadas en relación con el diagnóstico prenatal, se recomienda la realización de estudios de líquido amniótico mediante amniocentesis. Así, en 1999 se realizó una amniocentesis al 88,5% de los embarazos con indicación, con los resultados que se indican en el gráfico. En unos pocos casos el diagnóstico genético fetal se realizó mediante análisis de la sangre fetal o de biopsia corial (Figs. 6 y 7).

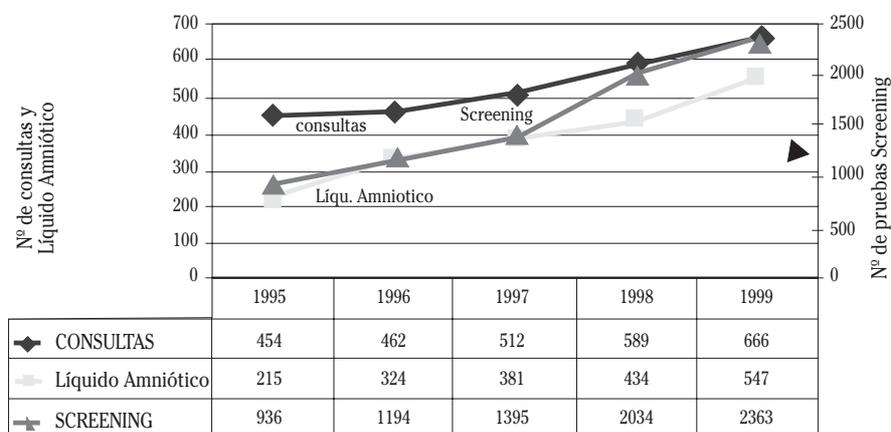


Figura 6. Evolución de la demanda en Diagnóstico Prenatal. 1995-1999.

DIAGNÓSTICO PRENATAL EN 1999. Servicio de Genética HVC

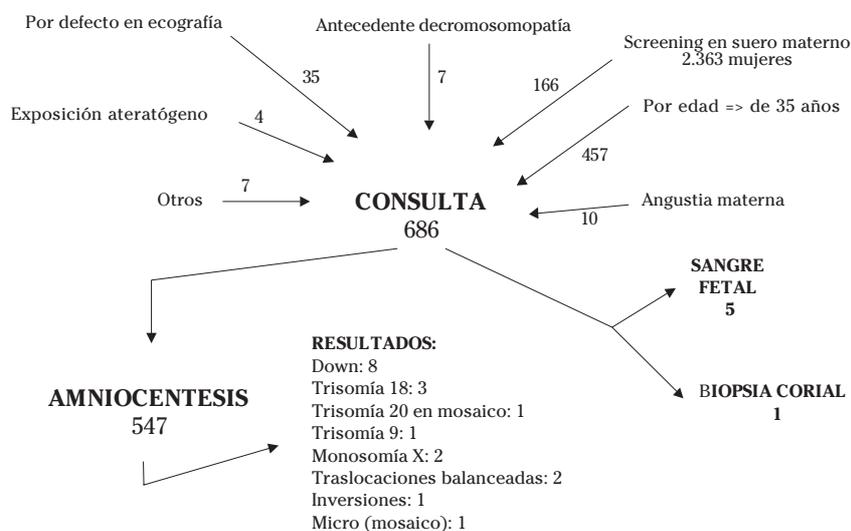


Figura 7. Actividad diagnóstica y resultados en Diagnóstico Prenatal. 1999.

Principales logros y dificultades

- Desde 1994 a 1999 el porcentaje de mujeres embarazadas con edad igual o superior a 35 años a pasado de 14,1 a 22,8%. En números absolutos ha supuesto pasar de 705 a 1.181 mujeres.
- Desde su inicio las actividades de diagnóstico prenatal presentan un incremento continuo. En la actualidad el programa atiende aproximadamente al 55% de las mujeres embarazadas.
- La incidencia de recién nacidos con Síndrome de Down en Navarra ha pasado de 14,8 por cada 10.000 recién nacidos en el periodo 1980-85, a 23,3 en los años 1986-95 y a 8,3 en el periodo 1996-99. (La fuente para los dos primeros periodos es el Boletín del EMEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología; Serie IV, nº2: 43-114. Para el periodo 96-99 la fuente es el servicio de genética del HVC).
- A la vista de los resultados publicados en la U.S. Preventive services Task Force los programas de detección precoz que mejores resultados han obtenido alcanzan el 60% de reducción de recién nacidos con Síndrome de Down. A falta de contrastar con otras fuentes y con la información disponible, la eficacia de las actuaciones en Navarra desde la implantación de las actividades (periodo 1995-99) ha sido del 54,7%.
- Entre los efectos adversos caben señalarse los falsos negativos en las pruebas de screening, dado que la sensibilidad del test que se estima en un 50-60%. Por otro lado (en 1999) cabe señalarse que en 547 amniocentesis practicadas hubo complicaciones en 4, con pérdida fetal (en los 4 el líquido amniótico resultó normal). La literatura al respecto, señala entre 0,5 y 0,8% de complicaciones con pérdida fetal ligadas a la amniocentesis. Los resultados en Navarra se sitúan dentro de ese intervalo.
- Además del diagnóstico prenatal del Síndrome de Down, las actuaciones seguidas en el programa han permitido identificar otras enfermedades genéticas menos frecuentes (ver resultados en gráfico de la actividad de 1999).
- Dificultades en la coordinación de los distintos servicios/secciones que participan en el programa de diagnóstico prenatal. Estas dificultades están parcialmente solventadas.
- Desajustes en la adaptación de la demanda y los recursos humanos disponibles en la Sección de Genética. Esta circunstancia es fundamentalmente crítica en el caso del diagnóstico prenatal, ya que:
 - Los estudios han de hacerse en una época concreta del embarazo y la emisión del resultado del estudio tiene siempre un carácter urgente. No se puede distinguir entre épocas vacacionales (verano) y no vacacionales, por lo que la plantilla ha de mantenerse estable a lo largo del año.

- La demanda mantiene desde el inicio del programa su tendencia a incrementarse. Este dato debería tenerse en cuenta para prever la necesidad de recursos.
- Incremento en la demanda de amniocentesis por parte de la población general sin la indicación médica para la misma. La negativa va seguida en gran número de casos de la correspondiente reclamación al Servicio de Atención al Paciente.
- Ausencia de profesionales que realicen biopsia corial, material necesario para el análisis de las alteraciones génicas (enfermedades monogénicas).
- Inexistencia de un registro de defectos congénitos y enfermedades hereditarias para la Comunidad Foral de Navarra. Los objetivos del mismo serían fundamentalmente: 1) Supervisión epidemiológica de la patología congénita-hereditaria, 2) Método complementario para la evaluación de resultados del programa de diagnóstico prenatal en nuestra Comunidad.

Tabla 31. Diagnóstico prenatal y postnatal del Síndrome de Down en Navarra. 1995 a 1999.

Año	Recién Na.	R.N. Down	Tasa x 10.000	Diag. Prenatal	Post + Pre	% Detección
1995	4550	13	28,6	3	16	18,8
1996	4740	3	6,3	6	9	66,7
1997	4967	6	12,1	7	13	53,8
1998	4873	3	6,2	12	15	80,0
1999	4925	4	8,1	7	11	63,6
Total		29	12,1	35	101	54,7

Fuente: Servicio de Genética del Hospital Virgen del Camino.

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX

Se presenta el consenso establecido, en el ámbito del colegio oficial de médicos de Navarra, entre representantes de la Sociedad Navarra de Ginecología y Obstetricia; la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria; la sección de especialistas de Medicina Preventiva y Salud Pública del Colegio Oficial de Médicos de Navarra; y la Dirección de Docencia Investigación y Desarrollo Sanitarios en representación de la Dirección General del Departamento de Salud, en relación a la aplicación del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix a las mujeres de Navarra. Acordado en Pamplona, a 30 de mayo de 2000.

Introducción

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra ha venido considerando desde el año 1993 el establecer con carácter oficial en el Siste-

ma Sanitario Público de Navarra actividades de detección precoz del cáncer de cuello de útero, de acuerdo con las propuestas de Grupos Técnicos de Trabajo (GTT) para la implantación con carácter general, del derecho de las mujeres de Navarra al acceso equitativo a las referidas prácticas preventivas.

El último documento de un Grupo Técnico de Trabajo fue presentado al Consejero de Salud y al Director General del Departamento por todos sus miembros conjuntamente con fecha 14 de diciembre de 1999, siendo enviado por el Ilmo. Director General al Colegio Oficial de Médicos de Navarra con fecha 23 de diciembre de 1999 para que emitiera el informe que procediera. La Junta Directiva remitió la propuesta técnica del GTT, a las secciones científicas colegiales de las especialidades de Ginecología y Obstetricia; de Medicina Preventiva y Salud Pública; y de Medicina Familiar y Comunitaria, con el fin de que formularan observaciones que permitiera a la Junta del Colegio corresponder con la solicitud de la Dirección General del Departamento de Salud.

El Colegio Oficial de Médicos de Navarra a la vista de los informes recibidos, elaboró un documento con fecha 3 de abril de 2000, en el que se relacionan las propuestas de modificación de tales entidades técnicas colegiales, de las que se deducen algunas discrepancias en aspectos puntuales, de cómo debe formularse la oferta-programa de las prácticas preventivas a la población general femenina. Dada la variabilidad de tales propuestas, sugirió a su vez que en el ámbito del Colegio pudiera llevarse a cabo un Documento de Consenso entre las entidades informantes y un representante de la Dirección General a quien pertenecía el informe técnico original. Aceptada la propuesta del Colegio por las partes, se constituyó un Grupo de Consenso coordinado por el Presidente del Colegio D. Gabriel Delgado y asistido por el Secretario del Colegio D. Javier Aldave y compuesto por: D. Guillermo López en representación de la Junta en Navarra de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; D. Julio Morán, en representación de la Junta en Navarra de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; Dña. Nieves Asunche, Presidenta de la Sección Colegial de Medicina Preventiva y Salud Pública; y D. José Javier Viñes, en representación de la Dirección General del Departamento de Salud, los cuales reunidos el día 3 de mayo de 2000 aceptaron el encargo de alcanzar el consenso para la aplicación de la práctica clínica de un programa de detección precoz del cáncer de cérvix, extensivo a los aspectos en los que se detectan discrepancias sobre la aplicabilidad del Programa, y que se refieren a:

- Periodicidad de las prácticas de detección precoz en mujeres asintomáticas.
- Población diana a la que el programa debe dirigirse (delimitación de personas en riesgo y alto riesgo).
- Modalidad de la oferta de la detección precoz (*screenig* en masa o *case finding*).

El referido Grupo de Consenso, después del análisis de la documentación disponible y después de varias reuniones, eleva a la Junta del Colegio Oficial de Médicos de Navarra un informe conjunto, del que extracta lo que sigue:

Situación actual

En Navarra el incremento de la oferta y de la demanda de la práctica preventiva ha ido progresivamente en aumento, de tal manera que en la Encuesta de Salud del año 2000, el 88% de las mujeres entre 25 y 65 años reconoce haber acudido al ginecólogo para revisión ginecología, de las cuales, el 87% lo han hecho en los dos últimos años y a las que se les ha practicado una citología preventiva al 85% de las mismas. Así mismo la Encuesta de Salud 2000 recoge que el 74% de las mujeres que acudieron a revisión son citadas para revisión anual por el propio médico ginecólogo, el 20% es citada cada dos años y el 6% cada 3 años o más.

Impacto del cáncer de cérvix en salud pública

El conocimiento preciso de la situación en Navarra no hace necesario el recurrir a estadísticas de otros países o comunidades, y nos indica que Navarra es un lugar del área occidental de entre los países que se dispone información a través de la OMS-UICC, con menor incidencia de cáncer de cérvix y en consecuencia de menor mortalidad a lo largo de todo el periodo, 1973- 1999 y que su evolución se encuentra estabilizada, lo que nos hace asegurar que las practicas de riesgo y la circulación del virus del papiloma humano son por el momento de escasa relevancia, con una incidencia promedio anual en el periodo 1993-94 de 9,11 por cien mil mujeres entre 25 y 69 años y una incidencia acumulada en el quinquenio de 45,5 (10⁵), y con una mortalidad de 2 casos en 1998 (1,38 por 100.000 mujeres entre 25-69 años).

El número de mujeres que anualmente hacen un cáncer de cuello en Navarra es entre 11 y 13 (datos del periodo 1988-1994) en las edades comprendidas entre 25-85 años y más; de las cuales el 50% se presenta en edades mayores 65 años, siendo el número anual de fallecimientos en este periodo de 4, comprendidos en las edades entre 35 y 85 años situándose la mediana en el rango de 65 y 69 años. Ello permite orientar las futuras acciones de prevención.

Debemos considerar por otro lado a los efectos de detección precoz de cáncer de cérvix los tumores in situ (CIN), que si bien no son considerados invasivos, debido a que se reconoce que un tanto por ciento pueden evolucionar a lo largo de 20-25 años en cáncer invasivo, pueden ser objeto de atención, máxime cuando reconocen la misma etiología, observándose al respecto que 15 mujeres (10 por 100.000) al año con tumores CIN, podrían beneficiarse de un programa de detección precoz.

Eficacia y efectividad de la prueba de detección precoz

La evidencia etiológica del virus del papiloma humano en el cáncer cervical va a modificar en los próximos lustros las técnicas de detección precoz (identificación del virus del papiloma humano) y de prevención (vacunación a las personas de alto riesgo), pero hoy todavía la técnica de elección se mantiene en la citología vaginal según técnica de Papanicolaou (Pap) a la que corresponde una alta eficacia diagnóstica en la clínica médica.

En los casos con síntomas clínicos una prueba positiva tiene una alta probabilidad de prediagnosticar la enfermedad, aceptando la alta sensibilidad (93%) y especificidad (91%), de la prueba, cuando se realiza con rigor y garantía como es el caso de los Laboratorios de Citología de Navarra.

No obstante la aplicación de esta eficaz prueba y adecuada en el diagnóstico clínico, reduce la efectividad cuando se aplica a mujeres sanas asintomáticas, debido a su baja probabilidad de padecer la enfermedad ($p=0,000049$ en Navarra) lo que da origen a un bajo valor predictivo de la prueba (VPP) y en consecuencia, a un elevado número de falsos positivos cuando la prueba se aplica colectivamente a la población sana. Esta mala clasificación daría en Navarra a que en un primer examen sólo una de cada 214 positivos correspondería a una mujer afectada por la enfermedad. Ello requiere el descartar sucesivamente todos los falsos positivos que se producen, con la inquietud y carga de sufrimiento que se genera, cuando todas las mujeres sanas son sometidas a pruebas con tan bajo valor predictivo positivo; debiendo además considerarse, el número de decisiones quirúrgicas inadecuadas que pueden generarse por incertidumbre y por una medicina defensiva (Tabla 32).

Tabla 32. Probabilidad postprueba de la enfermedad dado un resultado positivo de una prueba con un 95% de sensibilidad y especificidad según diferentes prevalencias.

Prevalencia	Probabilidad
0,001	0
0,01	0
0,1	2
1	16
2	28
5	50
50	95

Fuente: Cabul.RD, Beck JR. En: Jenicek M. Epidemiología, la lógica de la medicina moderna Barcelona: Masson SA, 1996

La efectividad del resultado de la prevención está asociada a su vez a la frecuencia de la realización de la prueba de la detección, tema que se resuelve por los estudios sobre la fracción preventiva de la detección precoz (Incidencia proporcional de mortalidad), siendo establecida y admitida en la siguiente tabla (Tabla 33).

Tabla 33. Incidencia de carcinoma de cuello de útero expresada como proporción de la incidencia observada en una población comparable no sometida a screening, según el tiempo transcurrido desde la última citología normal.

Tiempo (meses)	Incidencia proporcional RR	Fracción de prevención (%) 1-RR
0- 12	0,06	94
13- 24	0,08	92
25- 36	0,12	88
37- 48	0,19	81
49- 60	0,26	74
61- 72	0,28	72
73- 120	0,63	37
+120	1,00	-

Fuente: European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening, 1993

El Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU en sus últimas recomendaciones, manifiesta (4 de abril de 2000): *“El screening cada 2 ó 3 años, no ha incrementado significativamente el riesgo de encontrar cáncer cervical respecto al riesgo esperado en el screening anual”*. En el mismo sentido la U.S Preventive Services Task Force, 1996 expresa *“Hay poca evidencia de que el cribado anual logre mejores resultados que cada 3 años”* En consecuencia, el screening anual o bienal o trienal tienen prácticamente la misma efectividad, pero se reduce el coste de forma inversa y proporcional.

Recomendaciones

Población diana objeto de las pruebas de screening

El programa de detección precoz debe dirigirse preferentemente a las mujeres asintomáticas entre 25 y 65 años de edad que sean o hayan sido sexualmente activas, no siendo recomendado el screening a mujeres que no tengan o no hayan tenido actividad sexual.

A las mujeres sexualmente activas entre 25 y 65 años se les deberá informar desde los servicios sanitarios que el riesgo de padecer cáncer de

cérvix está en relación con la actividad sexual según la siguiente clasificación de grupos en riesgo:

- Mujeres con bajo riesgo: las mujeres que mantengan relaciones sexuales con pareja estable mutuamente fieles.
- Mujeres con alto riesgo: las mujeres de inicio temprano en sus relaciones sexuales; mujeres con historia de múltiples parejas sexuales, mujeres infectadas por el VIH, o con enfermedades de transmisión sexual.

Frecuencia de las pruebas de screening

- A las mujeres sin riesgo no se les debe ofertar la prueba de detección
- A las mujeres entre 25 y 65 años de bajo riesgo se podrá realizar opcionalmente y de manera oportunista (*case finding*) la prueba de Pap cada tres o cinco años previa información del bajo riesgo y con consentimiento expreso de la mujer.
- A las mujeres entre 25 y 65 años de alto riesgo que accedan por primera vez a examen regular con la prueba de screening se repetirá al año, y posteriormente se recomendará cada tres años en caso de que sea negativa, y con la frecuencia que el médico estime necesaria según indicación individual, pudiendo incorporarse a un programa de revisiones por llamamiento.
- A las mujeres menores de 25 años y previa información, se recomendará por parte del médico la prueba de detección a partir de la iniciación de relaciones sexuales con penetración vaginal de acuerdo al nivel de riesgo que el médico con la mujer, estimen conjuntamente.
- Las mujeres entre 65 y 69 años podrán someterse al screening ocasionalmente a criterio del médico de acuerdo a la estimación del riesgo y con conformidad de la mujer.

Carácter del programa de detección precoz

Dada la baja prevalencia del cáncer de cérvix en Navarra y al estar el mismo asociado a la actividad sexual, no procede el llevar a cabo un programa colectivo (screening en masa o cribado poblacional), sino actuar de manera oportunista (*case finding*) a través de los médicos de familia o de enfermería comunitaria y de los ginecólogos, enfermeras y matronas en los Centros de Atención a la Mujer (CAM), previa información adecuada sobre los riesgos individuales.

Los médicos, de forma personalizada en cada caso, actuarán libremente de acuerdo a las recomendaciones y de los consensos científicos basados en la evidencia.

COBERTURA DE SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA 1999

Información aportada por: Javier Apezteguía. Sección de Sistemas de Información. Dirección de Atención Primaria.

En estos últimos años ha venido desarrollándose el Plan de Gestión Clínica impulsado desde la Dirección de Atención Primaria, que ha ido implantándose progresivamente en todos los centros de salud.

La cartera de Servicios en atención primaria constituye uno de los ejes vertebradores de la actividad de los profesionales de dicho nivel, así como un referente insustituible para las poblaciones atendidas, en la medida en que expresa la oferta de servicios de cada Centro de Salud.

En la actualidad dicha cartera de servicios esta constituida por 88 servicios, de naturaleza muy variada. Esta cartera, además de constituir un importante instrumento de gestión, explicita las condiciones en las que se aplican los servicios, permite conocer la actividad desempeñada y la población atendida en los registros vinculados a los servicios prestados.

Se han seleccionado algunos de los servicios ofertados. Alguno de ellos viene aplicándose hace varios años, si bien la mayoría son de reciente implantación (Tabla 34).

Tabla 34. Cobertura de los servicios prestados en atención primaria. Navarra 1999.

Servicio Nº	Cartera de servicios (Ver más abajo las definiciones y contenidos de los servicios.)	Nº ZBS con el Servicio implantado	Cobertura de la implantación del registro de casos (1)	Personas registradas por Servicio	Denominador utilizado (2)	Cobertura sobre total Navarra (3)	Cobertura sobre ámbito implantado (4)
22	INCAPACITADOS	43	80,0	5.913	> 65 años	6,3	7,9
23	TERMINAL	32	60,3	874	Nº de muertos	19,4	32,2
26	DIABETES	45	85,6	14.769	> de 15 años	3,4	3,9
27	HIPERTENSIÓN ARTERIAL(Riesgo CV)	44	81,7	37.433	> de 15 años	8,5	10,4
28	EPOC	40	77,5	7.458	> de 15 años	1,7	2,2
32	EXAMEN 15-64	13	23,9	24.199	15 a 64 años	7,0	29,3
33	EXAMEN >64	12	22,9	8.255	> 65 años	8,8	38,7
34	EXAMEN 0-2	44	82,7	14.515	0-2 años	97,7	118,2
35	EXAMEN 3-6	44	82,7	11.902	3 a 6 años	67,7	81,8
36	EXAMEN 7-14	44	82,7	18.297	7 a 14 años	48,8	59,0
37	VISITA RN	43	79,2	2.753	R.N.	55,6	70,3
38	VACUNA INFANTIL	46	87,4	41.729	Son actos y no personas		
39	VAC ADULTO	45	83,5	56.305	> de 15 años	12,8	15,4
30	OBESIDAD	20	41,3	6.113	> de 15 años	1,4	3,5
17	PATOLOGÍA LARGA DURACIÓN	20	40,8	6.812	> de 15 años	1,6	3,8
29	PATOLOGÍA CRÓNICA	16	38,3	4.261	> de 15 años	0,9	72,5

Fuente: Dirección de Atención Primaria.

(1) Porcentaje de población de Navarra con el Servicio implantado y con el registro de casos atendidos comunicado.

(2) Denominador utilizado en el cálculo de coberturas.

(3) Cobertura mínima; utilizando la población total de Navarra.

(4) Cobertura del Servicio allí donde esta implantado.

RECURSOS HUMANOS

Autor: José Luis Ruiz Ciruelos. Subdirector de Gestión de Personal del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

Principales líneas de trabajo desarrolladas en el decenio

a) Acuerdo con la representación de los trabajadores, en aras a la consecución de la homogeneización de las condiciones de trabajo de todo el personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

1. Ley Foral 11/1992, reguladora del régimen específico del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en la que se establece la unificación de los derechos y deberes de los diferentes colectivos integrantes de la plantilla del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
2. Decreto Foral 347/1993, de 22 de noviembre, por el que se regula el ingreso y la provisión de puestos de trabajo en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
3. Establecimiento de una política retributiva específica: la política retributiva se ha caracterizado por promover la homogeneización entre los diferentes colectivos, la incentivación. En algunos colectivos (médicos) se ha desarrollado más, al aprobarse la Ley Foral 11/1999, de carrera profesional, cuyo reglamento ya ha sido aprobado (D.F. 376/2000) y publicado en el BON 31.01.2001.

b) Redacción, consensuada con la representación sindical, de los baremos de méritos para la provisión de puestos de trabajo.

Se han regulado así, los procedimientos de ingreso y provisión de puestos de trabajo del personal del SNS-O, para la provisión de las Jefaturas de Sección y de Unidad no asistenciales y Jefaturas de Unidad de Enfermería, y para los acoplamientos internos previos por concurso de méritos.

c) Consolidación y racionalización de la Plantilla del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea:

1. El día 1 de enero de 1991 se realizó la transferencia de las funciones y servicios del Insalud al Gobierno de Navarra, lo que conllevó la unificación de los dos organismos que se integraron (Servicio Regional de Salud e Insalud).
2. Se confecciona la primera plantilla orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea el 31 de diciembre de 1992, procediéndose desde entonces a su actualización, al igual que el catálogo de puestos de trabajo del SNS-O.
3. Ofertas Públicas de Empleo en los años 1994, 1996 y 1998 con una oferta de más de 1.000 plazas.

4. Reconversión de plazas temporales en plazas de plantilla: 259 plazas en 1997 y 400 en el 2000.

5. Puesta en marcha del proceso de Funcionarización del Personal: el 89% del personal no sanitario estatutario y laboral optó por la funcionarización, así como el 71% del personal sanitario estatutario y laboral.

d) Regularización de la representación sindical.

Si en 1991 los 120 representantes se agrupaban en 8 órganos, en 1995 pasan a constituir 2 órganos con 64 representantes y en 1999 se mantienen los 2 órganos de representación con 60 representantes.

e) Políticas de participación y comunicación:

1. Designación de los vocales representantes del personal en las Juntas de Gobierno y Juntas Técnico-Asistenciales (Hospitales, Atención Primaria y Salud Pública).
2. Elaboración de Manuales de Personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
3. Edición no periódica de un Boletín Informativo "Salud Informa".
4. Plan de acogida de nuevos trabajadores.

f) Puesta al día de la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: Con la aparición de la figura de Director de RR.HH. en la Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y los correspondientes directores de personal en Centros y Áreas de Salud.

g) Formación de personal en los Centros de la Red Pública.

Además de los planes de formación continuada propiciados por el INAP y el Departamento de Salud, se ha potenciado la firma de convenios con diferentes Universidades, con el objeto de que alumnos de los últimos años de carrera puedan efectuar prácticas en nuestros centros, priorizando las profesiones sanitarias. Además se han realizado planes específicos de formación en diversas áreas.

h) Salud laboral:

1. Creación en 1991 del Servicio de Salud Laboral. Con posterioridad en 1998 tras el acuerdo sindical se crea el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, el cual ha realizado una evaluación de riesgos laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, cuyos resultados fueron presentados en el primer semestre de 2000.
2. Plan de reubicaciones: en la medida en que nuestra plantilla va envejeciendo, van surgiendo problemas en cuanto a la idoneidad de esas personas para la realización de sus funciones en el puesto de trabajo que inicialmente tenían adjudicado. En la actualidad se están recogiendo los frutos de una política acertada en materia de reubicación, no sólo con carácter definitivo, sino tam-

bién de forma provisional, utilizando aquellas plazas que se encuentren reservadas.

i) Sistemas de Información de Personal.

Ha sido y es uno de los problemas mas importantes en el Gestión Integral de los RR.HH., la tendencia ha sido a dar soluciones individuales en cada Centro, aunque podemos señalar dos proyectos globales: el WSIGP, específico del SNS-O y el Meta 4, proyecto global para todos los departamentos del Gobierno que comenzó en septiembre de 1998, en la actualidad se encuentra en fase de desarrollo.

j) Gestión ordinaria.

No menos importante es el día a día de una empresa que en la actualidad ronda los 8.000 trabajadores, la mayor de nuestra Comunidad, con 9 grandes centros de contratación.

Logros reseñables

1. La doctrina no se ha puesto de acuerdo en cuál es el mejor régimen para los trabajadores del sistema, pero en lo que no hay discusión es en que sea un régimen para todos ellos. Bajo esta premisa al comienzo de la década se optó por el régimen funcional, varias fueron las razones que avalaban esa decisión: por disponer Navarra de plena competencia para esa decisión, porque de hecho, la gestión que se ha realizado con los trabajadores laborales sanitarios ha sido porque había una demanda de la representación sindical, apostando por la funcionalización.
2. Consolidación de plantillas: la espera en las transferencias que iban a llegar, tuvo una consecuencia no deseada, aunque lógica por otra parte, la paralización de los procesos de selección de personal, por lo que se incrementaron las plantillas de temporales en nuestros Centros. A lo largo de estos últimos 10 años se ha hecho un gran esfuerzo en dos direcciones: Por un lado se han ido convocando la mayoría de las plazas vacantes existentes y por otra determinadas plazas temporales (más conocidas como estructurales) se han incorporado a la plantilla orgánica.
3. Salud Laboral: en junio de año 2000, se ha podido presentar a todos los directores de los centros y al Comité de Seguridad y Salud, la "Evaluación de riesgos laborales del SNS-O", excluidos los psicosociales, de los cuales se cuenta ya de los resultados de las encuestas, pero se tiene que hacer su valoración.

El hablar de estos tres logros, no quiere decir, que no se hayan conseguido interesantes resultados en todas las líneas de trabajo, pero hablar de todos significaría diluir los importantes.

Dificultades y retos

1. Asumir una orientación estratégica de los recursos humanos en el contexto directivo del SNS-O.
2. Ahondar en los sistemas de información de personal, que partiendo de una base de datos única, favorezca la gestión descentralizada.
3. Gestión eficaz de las Ope.
4. Implicación de toda la estructura en la prevención de riesgos laborales.
5. Establecer plantillas acordes con las necesidades y con criterio más polivalente.
6. Definir sistemas reales que posibiliten la promoción de personal.

Necesidades de modificación

Aunque se tiene un marco normativo propio (escaso) el Estatuto de la Función Pública también es de aplicación en el SNS-O. Tras 20 años de vigencia. ¿Da respuestas a las necesidades del siglo XXI?

Por último, se presenta la evolución de la plantilla total del SNS-O desde 1991 hasta 1999, por estamentos. En la misma se incluye el personal fijo y el contratado, contabilizando como una plaza cada 12 meses de contrato temporal (Fig. 8).

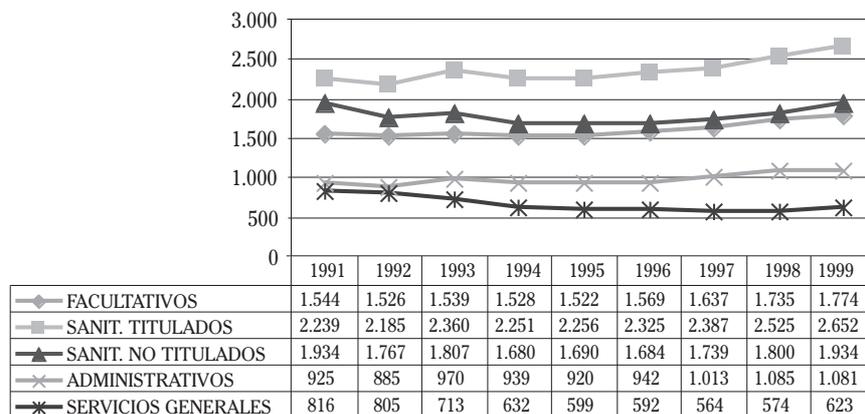


Figura 8. Evolución de la plantilla total por estamentos.

Fuente: Memorias del SNS-O. 1990-1999.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA

Autores: José Luis Moreno Ochoa, Director de Administración y Servicios Generales del Hospital de Navarra y Ander Arrazola de la Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.

La información económica ha sido elaborada a partir de la contabilidad interna del SNS-O de los años 1994 a 1999. Para años anteriores se han utilizado las memorias anuales. Para todo el periodo se utiliza el concepto de gasto real.

A final de 1999 el SNS-O era responsable de la asistencia de 506.477 ciudadanos. Este colectivo representa el 95,5% de la población residente en Navarra a 1.198 (última actualización oficial del Padrón).

Los recursos económicos utilizados por el SNS-O dicho año sumaron la cantidad de 75.426 millones de pesetas, equivalentes a 148.923 ptas. por cada ciudadano protegido. Este esfuerzo financiero representa el 5,03% del PIB de Navarra para el año 1999 (PIB cf fuente: Funcas). La parte de la riqueza de Navarra dedicada al SNS-O, ha ido decreciendo desde un máximo histórico en 1993, del 5,52% (Tabla 35).

Tabla 35. Gasto del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea 1991-2000.

SNS-O	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gasto	43.107	47.864	53.246	54.484	57.188	60.842	65.546	70.550	75.426	81.079
% PIB	4,80	5,09	5,52	5,31	5,09	5,13	5,23	5,02	5,02	5,19

Fuente: Funcas. PIB cf y Contabilidad del SNS-O y memorias.

Desde el ejercicio presupuestario de 1991, primero desde la transferencia de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, el gasto, ha crecido respecto a 1991 en un 88,1% en pts. corrientes, a un ritmo promedio anual del 9,8%. En pesetas constantes el crecimiento en ese periodo ha sido del 31,4% equivalente al 3,5% anual). Expresado en otros términos, la inflación habida en estos años explicaría el 64,3% del incremento del gasto y el 35,7% restante el incremento real.

A lo largo del período se pueden distinguir tres etapas diferentes: uno primero, hasta el año 1993, con incrementos interanuales del 11% y superiores. Un segundo período que llega hasta 1996 con crecimientos de gasto muy moderados (incluso negativos en pesetas constantes) y por último un tercer período que cubre el final de los años noventa en el cual el crecimiento se mantiene constante en valores próximos al 7-7,5%.

Tabla 36. Gasto en pesetas corrientes y en pesetas de 1991 en el SNS-O. 1991-2000 (en millones).

	1.991	1.992	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
Pts. corrientes	43.107	47.864	53.246	54.484	57.188	60.842	65.546	70.550	75.426	81.079
Anual		11,0	11,2	2,3	5,0	6,4	7,7	7,6	6,9	7,5
Pts. 91	43.107	46.763	47.726	46.694	46.367	47.554	49.952	53.021	54.871	56.663
Anual		8,5	2,1	-2,2	-0,7	2,6	5,0	6,1	3,5	3,3

Fuente: Funcas. PIB cf y Contabilidad del SNS-O y memorias.

La estructura del gasto por capítulos económicos (Fig. 9) muestra la importancia de las retribuciones de personal en el conjunto del gasto, ya que representaron en 1999 el 52,9% del total de gasto. La compra de bienes y servicios con el 22,7% de participación en el gasto es el segundo concepto de gasto. Las transferencias corrientes representaron en 1999 el 19,8%, mientras que el conjunto de gastos de capital sumaron el 4,7% del gasto.

A lo largo del decenio y atendiendo al mayor o menor peso de los diferentes componentes del gasto cabe destacarse:

- Un crecimiento constante de las transferencias corrientes desde 16,1 hasta el 19,8% como consecuencia de los fuertes incrementos de gasto habidos en el pago de la factura farmacéutica.
- La participación constante, próximo al 23% del capítulo de compra de bienes y servicios.
- Las variaciones en el capítulo I en función de la mayor o menor disponibilidad de presupuesto para otros gastos.
- Por último es de notar la fuerte reducción de las inversiones a mediados de los noventa con tendencia a la recuperación en estos últimos años.

Ahondando en este análisis y a la vista de la evolución del gasto desde 1994 a 1999 por conceptos de gasto más detallados se puede observar que el incremento de gasto para el SNS-O en el periodo ha sido del 38,42%. En ese período el gasto farmacéutico en los hospitales y fuera de los mismo ha crecido el 90,7 y el 83,1% respectivamente, los gastos de capital incrementan un 83,1% desde 1994, pero a diferencia del gasto en farmacia cuyo crecimiento ha sido más o menos constante, el aumento del esfuerzo inversor no se hace real hasta el ejercicio de 1997. Por el contrario, los conceptos de Prestaciones y de Otras subvenciones en 1999, apenas alcanzan el nivel de gasto de 1994.

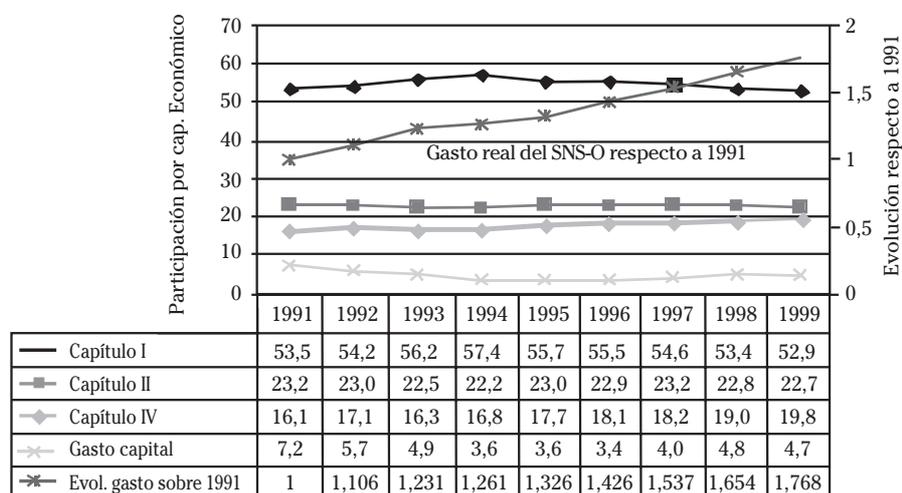


Figura 9. Evolución del gasto por capítulos económicos. 1991-1999.

Fuente: Memorias del SNS-O. 1990-1999.

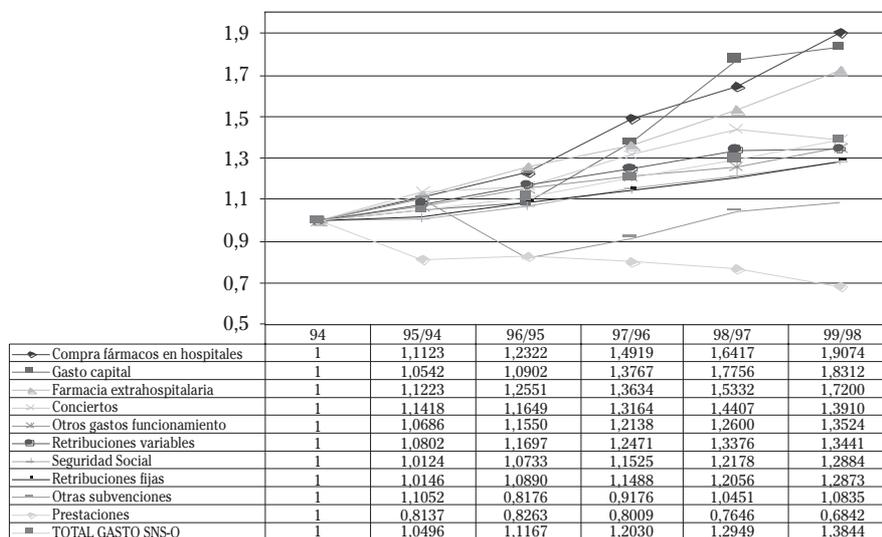


Figura 10. Evolución de los principales conceptos de gasto en el SNS-O. 1994 a 1999.

Fuente: Memorias del SNS-O. 1990-1999.

Como balance del decenio es de destacar: el incremento en 3,7 puntos de las transferencias corrientes en el conjunto del gasto como consecuencia del fuerte incremento, muy por encima del crecimiento global del gasto en el SNS-O, de la factura farmacéutica. El crecimiento más o menos constante del gasto corriente. El desigual esfuerzo en gasto de capital a lo largo del decenio.

APOYOS

DOCENCIA Y FORMACIÓN

Autora: M^ª Jesús Guembe, Jefa de la Sección de Docencia. Departamento de Salud.

Durante este período se crea el Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios y la anterior Sección de Docencia e Investigación se escinde en dos: la Sección de Docencia y la Sección de Investigación, aumentando de forma significativa los recursos destinados al área de Docencia y Formación, en particular los referentes a personal, lo que supuso un impulso importante a la formación continuada sanitaria en Navarra.

Por otra parte en 1998 se pone en marcha a nivel nacional el Sistema de Acreditación de actividades de formación continuada sanitaria en base al Convenio de Conferencia Sectorial suscrito por los Consejeros de Sanidad Salud de las Comunidades Autónomas y los Ministros de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura el 15 de diciembre de 1997.

Es un sistema de acreditación voluntario, válido para todo el territorio del Sistema Nacional de Salud, basado en la coordinación y en la colaboración entre todas las Administraciones Públicas integrado por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y sus homólogas de las Comunidades Autónomas y que tiene como objetivo fundamental mejorar la calidad de la Formación Continuada Sanitaria. La Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Navarra se creó por Decreto Foral 368/1998, de 28 de diciembre, e inició su actividad en febrero de 1999 y ha supuesto un cambio cualitativo importante en la formación continuada de la Comunidad Foral.

A continuación se presentan las líneas de actuación desarrolladas durante los últimos años en relación con los objetivos y estrategias definidos en el Plan de Salud de 1990 en el Área de Docencia y Formación.

Programa de formación continuada

Se establece como objetivo general promover e impulsar la formación continuada sanitaria entendida como el conjunto de actividades destinadas a mejorar la competencia profesional, una vez obtenida la titulación básica o de la especialidad correspondiente. Las estrategias para

conseguir este objetivo son la planificación y gestión directa de actividades formativas por la Sección de Docencia, el apoyo a las Comisiones de Docencia de los centros sanitarios en el desarrollo de su programa docente interno y la colaboración con otras entidades e instituciones con funciones de formación continuada.

Formación continuada sanitaria gestión directa: Plan Docente

Se ha consolidado el Plan Docente del Departamento de Salud, que es aprobado anualmente por Orden Foral del Consejero de Salud y está integrado por todas las actividades de formación continuada organizadas y gestionadas por la Sección de Docencia.

En su elaboración participan los profesionales sanitarios a través de las Direcciones, Comisiones de Docencia, los responsables de formación y representantes de grupos de trabajo de los distintos ámbitos y servicios de la Red Sanitaria Pública de Navarra, respondiendo por lo tanto a las necesidades de los profesionales y del Sistema; y en su desarrollo colaboran instituciones docentes universitarias y de postgrado (Tabla 37).

El Plan dirigido a los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario de Navarra, preferentemente a los que pertenecen a la red pública, se estructura en las siguientes áreas de formación:

- Protección y promoción de la salud
- Investigación clínica y epidemiológica
- Práctica clínica
- Gestión sanitaria y calidad
- Apoyo a la implantación de programas

Tabla 37. Evolución de las actividades y de la participación en los Planes Docentes 1996-2000.

	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%	2000*
ATENCIÓN PRIMARIA Y S.M.	306	23	444	47	188	20	428	27	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	819	62	456	48	626	66,5	1.054	67	
DIREC. GENERAL y SSCC	74	6	28	3	60	6,5	64	4	
OTROS	117	9	23	2	68	7	26	2	
TOTALES	1.316	100	951	100	942	100	1.572	100	1.320
Nº DE ACTIVIDADES	56		49		42		69		65
Nº DE HORAS DOCENTES	1.244		1.260		935		1.309		1.286
Titulados superiores	490		340		343		645		714
Titulados medios	596		525		366		670		490
Otros profesionales	230		86		233		257		116

* Estimado

Colaboración con las Comisiones de Docencia de los Centros Sanitarios

Desde 1989 hasta 1998 se ha venido apoyando a las Comisiones de Docencia de los centros y niveles asistenciales mediante la concesión de ayudas económicas para la organización de actividades de formación continuada dirigidas a sus propios profesionales. A partir de 1999 el Departamento de Salud colabora directamente con el programa de las Comisiones de Docencia del Sistema Sanitario Público asignando un presupuesto anual mediante Resolución del Director General.

Desarrollo de acciones formativas en colaboración con otras instituciones

Desde 1993 hasta 1995 en colaboración con la Universidad Pública de Navarra se desarrollaron acciones formativas de postgrado en el área de Urgencias, Gestión e Investigación, continuando en la actualidad como actividades propias de la Universidad.

Convenios para la Formación Continuada

Por un lado se han suscrito convenios de colaboración sobre formación continuada entre el Departamento de Salud y los Colegios Profesionales, concretamente con el de Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios, Enfermería y Odontostomatólogos, en virtud de los cuales el Departamento de Salud concede anualmente desde 1993, subvenciones a los respectivos programas de formación continuada mediante Resolución del Director General.

De otra parte se han firmado acuerdos de colaboración entre la Fundación Miguel Servet y el Departamento de Salud para la planificación, gestión económica y apoyo técnico al Plan Docente del Departamento, poniendo a disposición del mismo el Convenio establecido entre la citada Fundación y la Escuela Nacional de Sanidad.

Apoyo a la formación continuada del personal del sistema sanitario

El objetivo de esta línea de actuación es promover y apoyar las iniciativas de los profesionales sanitarios para mejorar su capacitación en temas relacionados con el trabajo que desarrolla en el Sistema Sanitario, formando parte de una estrategia conjunta con el fomento de la investigación en ciencias de la salud.

Ayudas para la formación en idiomas técnicos

En 1998, por acuerdo de Gobierno y en el marco del convenio de 24 de octubre con el Colegio de Médicos se inician las ayudas para la formación en Inglés Técnico, concediéndose un total de 4.180.000 en 1998 y 4.400.000 en 1999.

En el año 2000 se han mantenido estas ayudas y se ha iniciado una nueva modalidad de ayuda en la Convocatoria de ayudas a la formación denominada “Ayudas para la formación en idiomas técnicos” para promover la formación continuada en inglés, francés y alemán.

Ayudas a profesionales para la formación en Ciencias de la Salud

Se convocan anualmente por Orden Foral del Consejero de Salud e incluyen hasta 1999 dos tipos de ayudas: Becas de Formación y Bolsas de Viaje. En la tabla 38 se presenta la evolución habida en el número de ayudas y en la financiación.

Becas de Formación

Objetivos:

- Potenciar la adquisición de conocimientos en nuevas tecnologías o la actualización en líneas de investigación coincidentes con las de proyectos de centros u organismos ubicados en la Comunidad Foral, mediante estancias en instituciones.
- Facilitar la formación postgraduado de elevada cualificación, a través de la realización de cursos de ampliación de estudios.
- Posibilitar que profesionales sanitarios procedentes de países en desarrollo realicen estancias en centros o unidades dependientes del Departamento de Salud.

Bolsas de Viaje

Objetivos

- Mantener contactos de corta duración con instituciones cuyas líneas de actuación coincidan con las del centro u organismos donde prestan sus servicios los solicitantes.
- Posibilitar la realización de acciones formativas de corta duración, de especial interés para el centro o área de salud.
- Facilitar la asistencia activa a reuniones científicas en ciencias de la salud.

Fomento de la difusión de los conocimientos científicos

El Departamento de Salud consciente de la necesidad de promover el intercambio de conocimientos científicos y la difusión de resultados de investigación así como de innovaciones tecnológicas en Ciencias de la Salud, crea las ayudas para la organización de Reuniones Científicas sobre temas de salud que se convocan mediante Orden Foral.

Tabla 38. Evolución de las acciones formativas y de la financiación en miles de pts.

	Becas de formación	Nº	Bolsas de viaje	Nº	Reuniones científicas	Nº	Comisiones de docencia	TOTAL Miles pts.
1987	2.000	9						2.000
1988	11.900	54			4.900	29		16.800
1989	24.800	107			10.000	36		34.800
1990	26.000	107	7.800	174	15.000	32		48.800
1991	23.900	106	16.100	221	16.000	28		56.000
1992	11.200	26	20.200	252	10.000	25		41.400
1993	8.000	25	13.600	151	9.700	24		31.300
1994	13.000	87	10.500	113	9.500	16	2.750	30.750
1995	8.000	41	10.500	131	13.100	31	8.000	39.600
1996	7.700	20	13.900	143	13.000	38	7.000	41.600
1997	6.300	37	15.600	141	12.600	47	7.000	41.500
1998	5.200	19	16.600	150	11.600	40	7.000	40.400
1999	7.400	22	15.800	132	13.900	42	5.500	42.600
2000							6.700	

Objetivos:

Impulsar la organización de reuniones científicas en el ámbito de la Comunidad Foral, que posibiliten la difusión de los conocimientos científicos y de las aplicaciones técnicas.

Docencia a futuros profesionales de la salud

En relación con esta estrategia definida en el Plan de Salud de 1990 destacar que se han firmado los siguientes convenios:

- Convenio entre la Universidad de Navarra y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra sobre la actualización de la colaboración en las enseñanzas prácticas de los cursos clínicos de la licenciatura de Medicina y posible establecimiento de otros programas de cooperación educativa, firmado el 19 de junio de 1997.
- Convenio entre la Universidad Pública de Navarra y el Departamento de Salud para la utilización de las instituciones sanitarias, en la docencia e investigación universitarias en Ciencias de la Salud, firmado el 3 de febrero de 1999.

INVESTIGACIÓN

Autora: Olga Díaz de Rada. Jefa de la Sección de Investigación. Departamento de Salud.

El Departamento de Salud, consciente de que la importancia de la investigación en ciencias de la salud constituye una importante base para la mejora del nivel de salud de la población, ha desarrollado en los últimos años una estrategia en investigación en ciencias de la salud dirigida a los profesionales sanitarios.

Ayudas a la investigación en Ciencias de la Salud

La Sección de Investigación Biomédica del Departamento de Salud tiene como objetivos:

- Fomentar la investigación en ciencias de la salud, tanto básica como aplicada, en las áreas de mayor impacto sobre la salud y de mayor repercusión en Navarra.
- Potenciar la colaboración entre centros, niveles asistenciales y equipos de investigación en proyectos comunes.
- Complementar la colaboración de otras agencias de financiación de investigación en Ciencias de la Salud oficialmente reconocidas.

Para ello se publica anualmente mediante Orden Foral del Consejo de Salud la convocatoria de “Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud” por la que se establecen las condiciones que rigen los proyectos de investigación que el Departamento de Salud promueve cada año según las siguientes modalidades:

- Modalidad A: Beca Ortiz de Landázuri en Investigación básica (actualmente una beca y dos accésit).
- Modalidad B: Investigación aplicada en áreas de interés para la Comunidad Foral de acuerdo con el Plan de Salud y preferentemente a las que aparecen como prioritarias en la convocatoria y que se citan a continuación.
 - a. Problemas sanitarios de prevalencia relevante relacionados con: El envejecimiento. La enfermedad neoplásica. Las enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades infecciosas emergentes. Las enfermedades neuropsiquiátricas. Los riesgos ambientales y del ámbito laboral.
 - b. Determinantes de salud-enfermedad y promoción de salud: Desigualdades en salud. Hábitos de vida saludables. Educación para la salud. Discapacidad y Rehabilitación. Cuidados alternativos y recursos informales en problemas sanitarios. Participación comunitaria.

- c. Desarrollo del sistema sanitario: Tecnología y Recursos Sanitarios. Formación de los Profesionales Sanitarios y Políticas de Personal. Sistemas de Información, Evaluación y Control.
- Beca de Investigación Mikel Larumbe Zazu concedida al mejor proyecto de Epidemiología, Salud Pública y Servicios de Salud referido al área de Desarrollo del sistema sanitario.

Desde el año 1995 los proyectos se remiten para su valoración a la ANEP (Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva) y tras evaluación posterior por la Comisión Técnica nombrada mediante Resolución, ésta eleva la propuesta de concesión al Director General del Departamento de Salud.

En la tabla 39 se presenta la evolución del número de proyectos presentados y concedidos desde 1990 hasta la actualidad y el importe global concedido.

Evolución global (incluye todas las modalidades). Desde el año 1990 el número de solicitudes ha permanecido constante –en torno a unas 100 peticiones al año–, concediéndose según los años en torno al 50% de las peticiones. El presupuesto concedido ha aumentado de 56 millones en 1990 a 85,5 millones de pesetas en el año 2000.

Tabla 39. Evolución de las solicitudes y del gasto en Investigación 1990-2000.

AÑO	SOLICITUDES	CONCEDIDAS n (%)	IMPORTE
1990	98	68 (69)	56.000.000
1991	117	74 (63)	69.000.000
1992	100	58 (58)	57.000.000
1993	91	54 (59)	60.400.000
1994	94	50 (53)	60.598.000
1995	73	42 (57)	*78.000.000
1996	95	35 (37)	*75.000.000
1997	93	38 (40,8)	*77.000.000
1998	87	23 (26,4)	*72.000.000
1999	65	27 (41,5)	*81.543.000
2000	94	43 (45,7)	*85.408.000

* Presupuesto comprometido, considerando la duración de los proyectos (anual, bi, trianual)

Ayudas para funcionamiento de Comisiones de Investigación

Mediante Resolución del Director General del Departamento de Salud, se conceden ayudas para el funcionamiento de las Comisiones de Investigación del Sistema Sanitario Público, por un importe total de 2.500.000,-pesetas, distribuidas entre todos los centros dependientes del

Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. Las cantidades asignadas se destinan a cubrir gastos derivados de la realización de proyectos de investigación a nivel interno, búsqueda bibliográfica, traducción para la publicación en revistas internacionales, documentación gráfica y asesoría.

Publicación revista ANALES del Sistema Sanitario de Navarra

Por Orden Foral 5/1997, de 14 de enero, del Consejero de Salud se establece la edición de las publicaciones científicas ANALES del Sistema Sanitario de Navarra, con una Secretaría de Redacción dependiente de la Sección de Investigación Biomédica. La revista tiene carácter cuatrimestral.

El objetivo de esta publicación es servir de cauce de expresión de la realidad científica, técnica y de administración y gestión de la sanidad de Navarra.

El Consejo de Redacción se reúne periódicamente para valorar los trabajos recibidos para las diferentes secciones de la revista, dar la conformidad al contenido de cada número, sugerir temas de posibles monografías y suplementos, etc.

Hasta la fecha se han publicado los volúmenes 20-23. Cada volumen corresponde a un año y comprende tres números y tres suplementos. Además se han publicado tres monografías del área de Salud Pública y Administración Sanitaria tituladas "Introducción a la gestión de marketing en los servicios de Salud"; "Legislación Sanitaria de Navarra" y "La opinión pública y el sistema de salud" y una del área de ciencias aplicadas titulada "Artrópodos y salud humana".

La revista está incluida en la base de datos española Índice Médico Español (IME) y en la europea Excerpta Medica (EMBASE).

Se realiza una tirada de 1.200 ejemplares de los que unos 900 se distribuyen entre hospitales y facultades de Medicina de España, algunos hospitales de Europa y de Sudamérica y todos los centros sanitarios de Navarra.

Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

Por Decreto Foral 308/1993, de 4 de octubre se creó el Comité Ético de Investigación Clínica en la Comunidad Foral de Navarra, que tiene como ámbito de actuación todos los ensayos clínicos con medicamentos o productos en fase de investigación clínica que se realicen en la Comunidad Foral, tanto relativos a centros del sector público como en instituciones o centros privados.

Fue acreditado por el Consejero de Salud en orden a su adecuación a los requisitos establecidos en el Real Decreto 561/1993 y por Decreto Foral 27 de enero 1994, del Consejero de Salud se nombraron los miembros componentes.

Dicho Comité elaboró unos procedimientos normalizados de trabajo por los que se reúne mensualmente para evaluar todos los ensayos clínicos de la Comunidad Foral. Un resumen de la actuación del mismo se expresa en la tabla adjunta donde se recogen los ensayos clínicos evaluados y aprobados/no aprobados por centros desde la creación del Comité hasta el mes de julio del año 2000.