

# Diagnóstico de Salud de Navarra, 2003

*Los determinantes y el  
estado de Salud  
en el último decenio*



**DIAGNÓSTICO DE SALUD  
DE NAVARRA, 2003**

**Los determinantes y el  
estado de salud en el último decenio**



# **DIAGNÓSTICO DE SALUD DE NAVARRA, 2003**

## **Los determinantes y el estado de salud en el último decenio**

Redactores:

Ander Arrazola Aranzadi (Coordinación)  
Mariano Gallo Fernández  
Idoia Gaminde Inda  
Itxaso Mugarra Bidea  
Isabel Sobejano Tornos  
José Javier Viñes Rueda

Departamento de Salud  
Servicio de Docencia, Investigación y  
Desarrollo Sanitarios



**Gobierno de Navarra**  
Departamento de Salud

Titulo: Diagnóstico de Salud de Navarra, 2003

Redactores: Ander Arrazola Aranzadi (Coordinación)  
Mariano Gallo Fernández  
Idoia Gaminde Inda  
Itxaso Mugarra Bidea  
Isabel Sobejano Tornos  
José Javier Viñes Rueda

Edita: GOBIERNO DE NAVARRA

Departamento de Salud. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios

© Gobierno de Navarra

Composición: Página, S.L.

Impresión: Ona Industria Gráfica

Diseño de cubierta: Alberto Navarro

ISBN: 84-235-2817-0

Dep. Legal: NA. 2.931/2005

---

Promociona y distribuye: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra  
(Dirección General de Comunicación)  
C/ Navas de Tolosa, 21  
Teléfono: 848 427 121  
Fax: 848 427 123  
fondo.publicaciones@cfnavarra.es  
www.cfnavarra.es/publicaciones  
31002 PAMPLONA

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	21
-------------------	----

### RESUMEN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD DE NAVARRA 2003

RESUMEN.....	27
--------------	----

### EL DERECHO A LA SALUD

LA SATISFACCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA SANITARIO COMO EXPRESIÓN DE LOS VALORES ÉTICOS Y SOCIALES ...	59
• Los valores en la sociedad occidental y europea .....	59
• La equidad en el acceso a las prestaciones.....	61
• La libertad de elección de médico y centro .....	80
• La eficiencia en la utilización de recursos y el gasto sanitario....	81
• Nuevas exigencias en los sistemas sanitarios.....	85
LAS PRESTACIONES SANITARIAS Y SOCIALES EN EL SISTEMA SANITARIO .....	92
Las prestaciones sanitarias.....	92
Las prestaciones sociales.....	95
Bibliografía .....	99
Anexo.....	101

### DETERMINANTES DE LA SALUD

#### POBLACIÓN Y ENTORNO SOCIOECONÓMICO

ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA .....	107
• Estructura demográfica .....	107
• Movimiento natural de la población .....	113

DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS .....	115
• Nivel de renta e índices de desarrollo y pobreza humana .....	115
• Indicadores de consumo e inversión .....	118
• Nivel de estudios y acceso a la educación.....	120
• Trabajo y condiciones laborales .....	124
• Acceso y condiciones de la vivienda .....	129
• Gasto público de carácter social.....	136
• Bibliografía.....	141
• Anexo.....	145
<b>ATENCIÓN AL MEDIO</b>	
ÁMBITO COMPETENCIAL.....	149
SANIDAD AMBIENTAL: .....	151
• Agua de consumo humano .....	152
• Uso recreativo del agua .....	155
• Control de la legionelosis .....	158
• Seguridad química .....	160
• Residuos sólidos .....	160
• Aguas residuales .....	170
• Residuos radioactivos.....	171
• Calidad del aire .....	172
• Radiaciones ionizantes.....	174
• Actividades clasificadas.....	174
• Ruidos y vibraciones.....	175
RIESGOS LABORALES.....	176
• Aspectos generales y cultura preventiva en las empresas.....	176
• Riesgos específicos.....	179
SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	183
• Registro general sanitario de industrias alimentarias.....	185
• Formación de manipuladores de alimentos.....	185
• Control de las actividades alimentarias .....	186
• Control analítico de los alimentos.....	188
• Alertas alimentarias.....	190
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ZONOSIS.....	190
• Hidatidosis .....	190
• Rabia .....	192
• Encefalopatía espongiforme trasmisible (EET) .....	192
• Tuberculosis y brucelosis.....	194



INDICADORES Y PROGRAMAS INTEGRALES .....	194
• La huella ecológica .....	194
• Desarrollo sostenible, agendas y proyecto de ciudades saludables	195
• Bibliografía.....	196
• Anexo.....	199

**ESTILOS DE VIDA**

• Consumo de tabaco.....	204
• Consumo de alcohol.....	209
• Consumo de otras drogas.....	212
• Seguridad vial.....	220
• Ejercicio físico .....	223
• Alimentación.....	226
• Salud sexual. Prostitución .....	229
• Violencia y comportamientos antisociales y delictivos en jóvenes	233
• Actuaciones globales desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables .....	242
• Bibliografía.....	246

**SERVICIOS SANITARIOS**

ATENCIÓN PRIMARIA .....	249
• Introducción .....	249
• Los recursos en la atención primaria .....	252
• La utilización de los servicios de atención primaria.....	254
• Problemas atendidos en la atención primaria.....	260
• Aspectos de la gestión en la atención primaria .....	264
• Valoración de los servicios de atención primaria por el ciudadano .....	271
ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	275
• Introducción .....	275
• Los recursos en la atención especializada.....	275
• La utilización de la atención especializada.....	278
• Los problemas atendidos en la atención especializada .....	291
• Aspectos de la gestión de la atención especializada.....	293
• Valoración de los servicios de atención especializada por el ciudadano .....	309
COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN ESPECIALIZADA....	316
ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL .....	321
• Atención primaria.....	321

ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.....	325
• Cambios normativos recientes .....	325
LOS SERVICIOS DE SALUD LABORAL.....	331
• Cambos normativos y estructurales en materia de seguridad y salud en el trabajo .....	331
LA ATENCIÓN A LA URGENCIA SANITARIA.....	340
• Recursos y ámbitos de actuación .....	340
• Evolución de la demanda de atención urgente.....	341
• Utilización de las UVI móviles.....	343
• La atención de urgencias a los hospitales .....	346
• Formas de acceso a los servicios de urgencia hospitalarios.....	348
• Características de la población atendida en el Servicio de Urgencias de los hospitales.....	349
• Análisis de las urgencias infantiles .....	350
EL GASTO SANITARIO .....	351
PROGRAMAS Y ACTUACIONES PROGRAMADAS .....	356
• Programa de detección precoz de hipoacusias en el recién nacido .....	356
• Programa de vacunaciones .....	359
• Programa de prevención y control de sida e infecciones asociadas al VIH.....	362
• Programa de detección precoz de metabolopatías congénitas ...	368
• Programa de detección precoz de cáncer de mama.....	370
• Plan foral de acción sobre el tabaco.....	375
• Programa de atención dental infantil (PADI) .....	379
• Programa de diagnóstico prenatal .....	381
• Riesgo cardiovascular y enfermedades relacionadas.....	388
• Cobertura de otras actividades programadas en atención primaria.....	391
• Bibliografía.....	392
• Anexo.....	395

### **APOYOS TÉCNICOS Y SOCIALES**

EL CAPITAL SOCIAL EN NAVARRA.....	411
• La promoción del apoyo social en salud.....	412
PROMOCIÓN DE SALUD EN MINORÍAS ÉTNICAS .....	414
• Población diana y objetivos .....	414
• Principales actuaciones .....	415

PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTES .....	416
• Actividad en relación con la donación y el transplante.....	416
• Valoración de los niveles de donación en Navarra.....	417
DOCENCIA Y FORMACIÓN.....	419
• Programa de formación continuada.....	420
• Apoyo a la formación continuada del personal sanitario en otros centros.....	423
• Fomento de la difusión de los conocimientos científicos .....	425
• Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias de Navarra .....	425
INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA .....	426
• Proyectos de investigación en Ciencias de la Salud .....	427
• Ayudas a la promoción de investigadores en Ciencias de la Salud (APICS) .....	429
• Comité ético de investigación clínica (CEIC) .....	429
• Revista “Anales del Sistema Sanitario de Navarra”. Producción científica.....	430
• Biblioteca virtual en Ciencias de la Salud.....	432
• Bibliografía.....	433
• Anexo.....	435

## RESULTADOS DE SALUD

### MORTALIDAD

MORTALIDAD EN NAVARRA EN EL PERÍODO 1991-2001 .....	441
• Mortalidad general y esperanza de vida. ....	441
• Tendencias de la mortalidad por grupos de edad y sexo.....	443
• Mortalidad infantil .....	445
• Mortalidad por causas .....	445
• Bibliografía.....	454
• Anexo.....	455

### SALUD PERCIBIDA Y DISCAPACIDAD

• Salud percibida .....	463
• La discapacidad en Navarra.....	466
• Deficiencia y discapacidad .....	470
• Esperanza de vida libre de discapacidad.....	473
• Bibliografía.....	476
• Anexo.....	477

**MORBILIDAD REFERIDA A PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA**

PRIORIDADES DEL PLAN DE SALUD 2001-2005 .....	481
• Trastornos mentales .....	481
• Enfermedades neurodegenerativas.....	486
• Enfermedades cardiovasculares .....	491
• Enfermedades oncológicas.....	507
• Accidentes .....	519
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	529
• Enfermedades de declaración obligatoria (EDO).....	529
• Brotes epidémicos .....	535
• Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).....	535
• Tuberculosis .....	537
PATOLOGÍAS CON PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN .....	541
• Cáncer de mama .....	541
• Diabetes.....	542
• Hipoacusias en el recién nacido .....	546
• Salud bucodental .....	549
• Anomalías congénitas y enfermedades hereditarias .....	551
OTROS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA.....	554
• El asma y las enfermedades respiratorias crónicas .....	554
• Enfermedades profesionales y otros daños laborales .....	559
• Patología osteomuscular .....	570
• Bibliografía.....	574
ÍNDICE TEMÁTICO .....	579

## **LISTADO DE AUTORES DE CAPÍTULO Y AGRADECIMIENTOS**

### **AUTORES**

**VALORES, EQUIDAD Y COBERTURA SANITARIA:** José Javier Viñes Rueda, Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios, Dpto. de Salud. María José Lezaun Larumbe, Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. María Teresa González Herraiz, Servicio de Asistencia Sanitaria.

**LAS PRESTACIONES SANITARIAS Y SOCIALES EN EL SISTEMA SANITARIO:** Idoia Gaminde Inda. Sección de Planificación y Evaluación del Dpto de Salud.

**POBLACIÓN Y DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS:** Itxaso Mugarra Bidea, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

**ATENCIÓN AL MEDIO:** Miguel Lezaun Herce, Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria, Instituto de Salud Pública de Navarra, Mariano Gallo Fernandez, Instituto Navarro de Salud laboral e Isabel Sobejano Tornos, Sección de Planificación y Evaluación, Dpto. de Salud

**LOS ESTILOS DE VIDA:** Isabel Sobejano Tornos, Sección de Planificación y Evaluación, Dpto. de Salud.

### **SERVICIOS SANITARIOS**

**ATENCIÓN PRIMARIA:** Javier Apezteguía Urroz, Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información de la Dirección de Atención Primaria y Ander Arrazola Aranzadi, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto de Salud.

**ATENCIÓN ESPECIALIZADA:** Isabel Rodrigo Rincón, Servicio de Análisis y Control Asistencial de la Dirección de Asistencia Especializada SNS-O y Ander Arrazola Aranzadi, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto de Salud.

**COORDINACIÓN PRIMARIA ESPECIALIZADA:** Luis Gabilondo Pujol, Coordinación Primaria Especializada SNS-O.

**ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL:** Grupo de trabajo compuesto por: Carlos Amézqueta, Ana Galíndez, Alain Giacchi, Alvaro Gimeno, Rosa López y Ruth Vera.

**SALUD MENTAL:** Ander Arrazola Aranzadi e Idoia Gaminde Inda de la Sección de Planificación y Evaluación del Dpto de Salud.

**LOS SERVICIOS DE SALUD LABORAL:** Mariano Gallo Fernández. Instituto Navarro de Salud Laboral.

**LA ATENCIÓN A LA URGENCIA:** Ander Arrazola Aranzadi, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto de Salud

**GASTO SANITARIO:** Ander Arrazola Aranzadi e Itxaso Mugarra Bidea, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

### PROGRAMAS Y ACTUACIONES PROGRAMADAS

- **Programa de detección precoz de hipoacusias en el recién nacido:** María Ederra Sanz, Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz. Instituto de Salud Pública.
- **Programa de vacunaciones:** Sección de Enfermedades Transmisibles del Instituto de Salud Pública.
- **Programa de prevención y control de sida e infecciones asociadas al VIH:** Lázaro Elizalde Soto. Sección de intervenciones poblacionales y promoción de la salud, ISP.
- **Programa de detección precoz de metabolopatías congénitas:** Ana Barcos Arteaga, Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz. Instituto de Salud Pública.
- **Programa de detección precoz de cáncer de mama:** Nieves Ascunche Elizaga, Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz. Instituto de Salud Pública de Navarra.
- **Plan foral de acción sobre el tabaco:** Narciso Santana Martínez. Instituto de Salud Pública.
- **Programa de atención dental infantil (PADI).** Francisco Cardona Tortajada, Unidad de salud bucodental. Dirección de Atención Primaria. SNS-O.
- **Programa de Diagnóstico prenatal:** M<sup>a</sup> Antonia Ramos Arroyo y Amaya Bengoa Alonso. Sección de Genética Médica. Hospital Virgen del Camino.
- **Riesgo cardiovascular y enfermedades relacionadas:** Carlos Amézqueta Goñi. Sección de Evaluación y Calidad asistencial. SNS-O.
- **Cobertura de otras actividades programadas en atención primaria:** Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. SNS-O

### APOYOS TÉCNICOS Y SOCIALES

**CAPITAL SOCIAL:** Idoia Gaminde Inda. Sección de Planificación y Evaluación del Dpto de Salud.

- **Promoción de salud en minorías étnicas:** Angeloi Goya, Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de Navarra
- **Programa de trasplantes:** Programa Trasplantes de la Comunidad Foral de Navarra Memoria 2002.

**DOCENCIA.** M<sup>a</sup> Jesús Guembe Suescun. Sección de Docencia. Dpto. de Salud.  
**INVESTIGACIÓN.** Olga Díaz de Rada Pardo. Sección de Investigación Biomédica.  
 Dpto. de Salud.

## RESULTADOS

**Mortalidad:** Conchi Moreno Iribas. Sección de Enfermedades no Transmisibles y Estadísticas Vitales del Instituto de Salud Pública de Navarra.

**Salud Percibida y Discapacidad:** Idoia Gaminde Inda, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

**Trastornos mentales:** Idoia Gaminde Inda, Ander Arrazola Aranzadi, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

**Enfermedades Neurodegenerativas:** Itxaso Mugarra Bidea Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

**Enfermedades Vasculares:** Isabel Sobejano Tornos, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

**Enfermedades Oncológicas:** Eva Ardanaz Aicua, Conchi Moreno Iribas, Sección de Enfermedades no Transmisibles y Estadísticas Vitales del Instituto de Salud Pública de Navarra y Ander Arrazola Aranzadi, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

**Accidentabilidad:** Mariano Gallo Fernandez. Instituto Navarro de Salud Laboral.

**Enfermedades Transmisibles** (EDOs, SIDA y TBC). Aurelio Barricarte, Jesús Castilla, Mikel Urriaga, Sección de Enfermedades Trasmisibles del Instituto de Salud Pública de Navarra.

**Cáncer de mama:** Sección de Enfermedades no Transmisibles y Estadísticas Vitales del Instituto de Salud Pública de Navarra.

**Diabetes:** Itxaso Mugarra Bidea, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

**Hipoacusias en el recién nacido:** Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz. Instituto de Salud Pública. Equipo de Atención Temprana del Centro Base, Instituto Navarro de Bienestar Social.

**Salud bucodental:** Francisco Cardona Tortajada, Unidad de salud bucodental. Dirección de Atención Primaria. SNS-O.

**Anomalías congénitas y enfermedades hereditarias:** M<sup>a</sup> Antonia Ramos Arroyo y Amaya Bengoa Alonso. Programa de Diagnóstico prenatal. Hospital Virgen del Camino.

**Asma y la patología respiratoria crónica:** Ander Arrazola Aranzadi, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

**Daños laborales y Enfermedades profesionales:** Mariano Gallo Fernandez. Instituto Navarro de Salud Laboral.

**Patología osteomuscular:** Itxaso Mugarra Bidea, Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

## AGRADECIMIENTOS

### **Departamento de Salud**

Carmen Garde Garde  
Fermín Castiella Lafuente

### **Instituto de Salud Pública**

Marga Echauri  
M<sup>a</sup> José Pérez Jarauta  
José Luis Rodrigo Inchusta  
Sagrario Laborda Santesteban  
Javier Iribarren Olite  
Teresa Ferrer Gimeno  
Javier Aldaz Berruezo  
José Miguel Martínez Ros  
Jesús Nieva López de Ayala  
Francisco Javier Goñi Oyón  
Pedro Andrés Díaz de Rada  
Turumbay  
Pedro Ascunce Arratibel  
Antonio Bernabé Aznarez  
Julio Fernández de Manzanos Bastida  
M<sup>a</sup> Jesús Álvarez de Eulate Pascual  
M<sup>a</sup> Angeles Eraso Iribarren  
M<sup>a</sup> Carmen Armendáriz Recalde

### **Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea**

Yolanda Montes Garcia  
Alberto Muru Fraile  
Cristina Urdín Zubiri  
Teresa Moreno Purroy

### **Instituto Navarro de Salud Laboral**

Liliana Artieda Pellejero.  
Carmen Cipriain Chocarro.  
Francisco Javier Eransus Izquierdo.  
Mercedes Lezaun Goñi

### **Instituto de Estadística de Navarra**

Marina López Sagaseta  
Pablo Cebrián Jiménez

### **Departamento de Bienestar Social Deporte y Juventud**

Inés Saenz de Pipaón Martínez de  
Virgala  
Milagros Urzainqui Asín  
M<sup>a</sup> Jesús Gutiérrez  
Alvarez.

### **Departamento de Economía y Hacienda**

José Iraceburu Saragueta

### **Departamento de Educación**

Carmen Lana  
Susana Cuesta

### **Dirección Provincial del INSS de Navarra**

Julián Sainz Barbarin  
Fernando Horcada

### **Fundación Bartolomé de Carranza**

Alicia Izko

### **Centro Psicogeriátrico**

Laurindo Miji Viagem

### **Departamento de Medio Ambiente Ordenación del Territorio y Vivienda**

Rafael Tortajada  
Pedro Zuazo

### **Universidad Pública de Navarra**

Amaya Bordonaba Ruiz

### **Ayuntamiento de Pamplona**

M<sup>a</sup> Teresa Martínez Remírez

### **Ayuntamiento de Tudela**

Área de Ordenación Urbana y Medio  
Ambiente: Sanidad, medioambiente  
y defensa del consumidor



## ABREVIATURAS UTILIZADAS EN ESTA PUBLICACIÓN

AATT	Accidentes de Trabajo
AE	Atención Especializada
AEN	Asociación Española de Neuropsiquiatría
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANEP	Agencia nacional de Evaluación y Prospectiva
AP	Atención Primaria
APICS	Ayudas a la Promoción de Investigadores en Ciencias de la Salud
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos
AVD	Actividades de la Vida Diaria
BDS	Base de Datos Sanitaria
BT	Bajas Tramitadas
CAOD	Índice de dientes Careados, Ausentes u Obturados en dientes Definitivos
CC	GRD con complicación
CEIC	Comisión de Formación Continuada
CFC	Comité Ético de Investigación Clínica
CIAP	Clasificación Internacional de Atención Primaria
CIE-O	Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo de Datos Básicos
CU	Clínica Ubarmin
DBA	Días de Baja de las Altas
DMA	Duración Media de las Altas
DMB	Duración Media de las Bajas
DTO	Departamento
EAP	Equipo de Atención Primaria
EDDES	Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud
EEB	Encefalopatía espongiiforme bovina
EEPP	Enfermedades Profesionales
EET	Encefalopatía espongiiforme transmisible
EMP	Espera Media Ponderada
EP	Enfermedad de Parkinson
EPA	Encuesta de Población Activa

DEPARTAMENTO DE SALUD

EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EQ-5D	Euroqol 5 Dimensiones
ESCRI	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado
ESO	Enseñanza Secundaria Obligatoria
ETT	Empresas de Trabajo Temporal
EUROCARE	Supervivencia de los Pacientes con Cáncer en Europa
EVDL	Esperanza de Vida libre de Discapacidad
EUROSTAT	Oficina Estadística de las Comunidades Europeas
GRD	Grupos relacionados por el diagnóstico
HAD	Hospitalización Aguda Domiciliaria
HES	Hospital Garcia Orcoyen de Estella
HNA	Hospital de Navarra
HTU	Hospital Reina Sofía de Tudela
HVC	Hospital Virgen del Camino
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IE	Índice Epidémico
IEN	Instituto de Estadística de Navarra
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
IMB	Incidencia Mensual de Bajas
INBS	Instituto Navarro de Bienestar Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSL	Instituto Navarro de Salud Laboral
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IPC	Índice de Precios al Consumo
IPH	Índice de Pobreza Humana
ISAAC	International Study of Asthma and Allergy in Childhood
ISP	Instituto de Salud Pública
IT	Incapacidad Temporal
LEQ	Nivel continuo equivalente
LISMI	Ley de Integración social de minusválidos
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarios
MEC	Ministerio de Educación y Ciencia
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
MUMPAL	Mutualidad Nacional de Provisión de la Administración Local
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económico
OEA	Otoemisiones Acusticas
OMI-AP	Software: Oficina Médica Informatizada para Atención Primaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONT	Organización Nacional de Trasplantes

LISTADO DE AUTORES DE CAPÍTULO Y AGRADECIMIENTOS

ONU	Organización de Naciones Unidas
PAC	Punto de Atención Continuada
PADI	Programa de Asistencia Dental Infantil
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud
PB	Prevalencia de las Bajas
PEA	Potenciales Evocados Auditivos
PIB	Producto Interior Bruto
PIJ	Programas de Intercambio de jeringuillas
PIR	Puntuación de Intensidad Relativa
PNT	Procedimientos Normalizados de Trabajo
PSA	Prostate Specific Antigen
RACEHNA	Registro de Anomalias Congénitas y Enfermedades Hereditarias de Navarra
RETA	Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
RTSU	Red de Transporte Sanitario Urgente
SEEPROS	Sistema europeo de estadísticas de protección social
SNS	Sistema Nacional de Salud
SEU	Servicio Especial de Urgencias
SNU	Servicio Normal de Urgencias
SNS-O	Servicio Navarro de Salud Osasunbidea
UE	Unión Europea
UBA	Unidad Básica de Actividad
UPNA	Universidad Pública de Navarra
ZBS	Zona Básica de Salud



## PRESENTACIÓN

José Javier Viñes\*

Presentamos en este documento un nuevo Diagnóstico de Salud de Navarra con referencia al año 2003, como continuación del conocimiento del binomio salud/enfermedad de la población Navarra, realizado por el Departamento de Salud en los años 1985, 1988 y 1993, a partir de la asunción de competencias plenas en materia de sanidad.

Se ha estimado que 10 años es un lapso de tiempo adecuado para valorar la evolución tanto del desarrollo del estado de salud de la población, como del sistema sanitario, por lo que el actual Diagnóstico se sitúa en el año 2003, si bien contiene referencias puntuales a hechos constatados en el año 2004 por ser elaborado en este año así como referencias a posibles mejoras de futuro.

Los diagnósticos de salud tienen su origen en la recomendación de los tratados hipocráticos y en concreto en “Aires, aguas y lugares” en el siglo V-IV a. J.C.: “quien desee estudiar correctamente la ciencia de la medicina deberá proceder de la siguiente manera: conocer los efectos de las estaciones, los vientos cálidos y fríos, las propiedades de las aguas, el suelo, el modo de vida que les place a sus habitantes”. Con ello el médico “no ignorará las enfermedades locales ni su naturaleza de las que prevalecen comúnmente” y podrá saber “qué enfermedades atacaran a la ciudad... y cuales pueden ocurrir durante un cambio en el modo de vida”... y “logrará el mayor éxito al asegurar la salud, y logrará los mayores triunfos en la práctica de su arte”.

La asociación entre salud y lugar fue conocido mas tarde como “topografía médica”. Se reconoce por Morejón<sup>1</sup> que el primer trabajo conocido en Europa sobre topografía médica se debe a un médico de Toledo al parecer judío cuyo nombre se ignora, que se titula “Medicina castellana regia” de principios de siglo XIV. Desde mediados del siglo XVI se conocen las topografías de Sevilla, Murcia, Méjico, Aragón, Asturias, Lima, y Valencia de otros tantos autores.

---

\* Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios. Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Pública de Navarra.

1. A. Hernández Morejón citado en J. Giné y Partagas. “Curso Elemental de Higiene Pública”. Barcelona: Librería de Juan y Antonio Bastinos, editores, 1876.

Con el inicio del neohipocratismo por Sydenham al comienzo del XVIII y la llegada de la ilustración, las topografías médicas se desarrollan, siendo los historiadores anglosajones quienes reconocen a Daniel Drake (1785-1852) como el precursor moderno en trabajar en geografía médica en su relación con la topografía de la enfermedad (*Diseases of the Interior Valley of North America*, 1850-54). “No había nada parecido a este libro en la literatura excepto Aires, aguas y lugares”<sup>2</sup>.

Las topografías médicas formaban parte de la actividad de los médicos higienistas en el siglo XIX de tal modo que R. Rodríguez Méndez<sup>3</sup> orienta los elementos que deben constituir una buena topografía médica “fundada en el método fisiológico” con las siguientes partes: “1ª La Mesografía que trata de la descripción de los medios vitales exteriores que actúan sobre el organismo: atmósfera, terreno, clima, estaciones, habitaciones, agua, fluidos aeriformes, subsistencias, vestido, limpieza pública, y 2ª La Demografía en estado estático, razas; edades, sexos, estado social; agrupaciones administrativas, ideas políticas, religión, y 3ª La Demografía en estado dinámico: reproducción, instrucción pública, pasiones”. De ello se deriva: “las influencias fisiológicas y morbosas de la localidad; las prescripciones higiénicas individuales para la población; y la naturaleza y tratamiento de las enfermedades”.

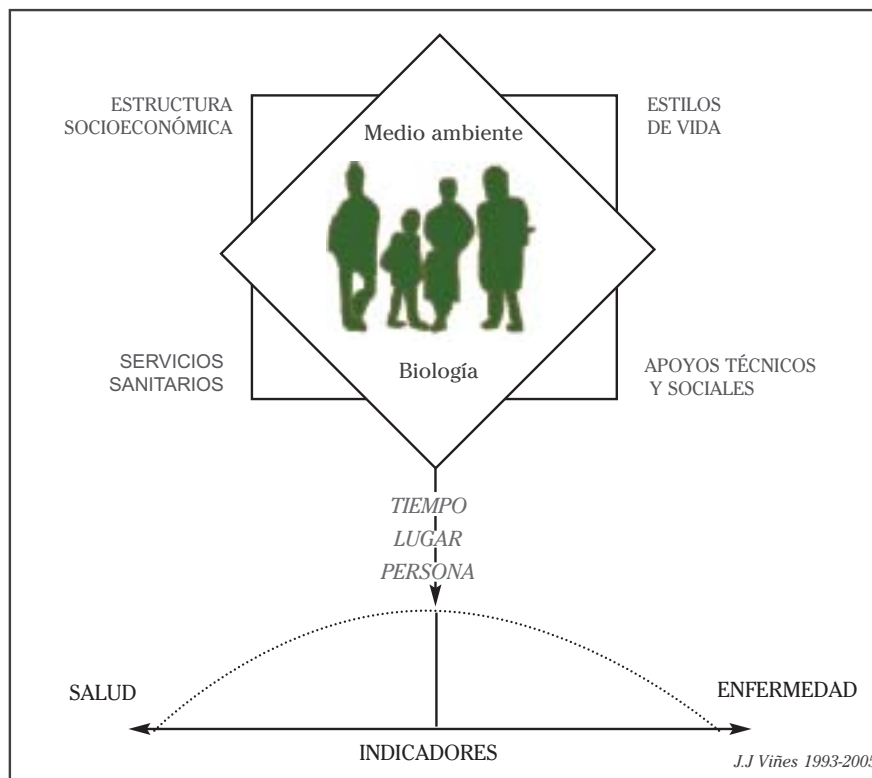
Esta larga tradición histórica ha sido reemprendida en el último tercio del Siglo XX con la consolidación del Sistema Público y es evidente que los actuales Diagnósticos de Salud de ámbito territorial son herederos de los conceptos epidemiológicos y ambientalistas de la salud pública pretérita, siendo obligados para el correcto acierto de las decisiones que hayan de adoptar las administraciones sanitarias.

El “Diagnóstico de Salud Navarra 2003” se acomoda al desarrollo de la sanidad y a las necesidades sociales y sanitarias actuales; incorpora el progreso en la ciencia de la salud; se beneficia del mejor conocimiento causal de las enfermedades; del desarrollo de la información y de los canales informáticos, que permiten un acercamiento más científico y más riguroso, en una concepción holística del continuo salud/enfermedad.

Presentamos el Diagnóstico a través de los Determinantes de la Salud (Lalonde 1974)<sup>4</sup> tal como nosotros mismos los desarrollamos en el

- 
2. F. H. Garrison. “Introducción a la Historia de la Medicina”. Tomo II, pág. 44. Madrid: Calpe, 1922.
  3. R. Rodríguez Méndez. Topografías Médicas en: J. Giné y Partagas. “Curso Elemental de Higiene Pública”, Tomo 2 pág. 612-622. Barcelona: Librería de Juan y Antonio Bastinos, editores, 1876.
  4. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.

Diagnóstico de 1993<sup>5</sup>, en el que establecimos los determinantes. De ámbito ecológico: la biología y el medio ambiente; y de ámbito socio económico: la estructura socio económica, los estilos de vida, los servicios sanitarios, y los apoyos técnicos y sociales. Conocer el grado de su presencia en la sociedad nos ayuda a interpretar los indicadores de impacto en la salud, enfermedad y los de funcionalidad y discapacidad.



REPRESENTACIÓN DE LOS DETERMINANTES DEL "CONTINUUM" SALUD/ENFERMEDAD

La elaboración del documento se ha realizado en la Sección de Planificación y Evaluación Sanitaria del Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios, actuando como coordinador Ander Arrazola, correspondiendo la elaboración de los diferentes capítulos a los profesionales

5. Departamento de Salud. Diagnóstico de Salud de Navarra, 1993. Pamplona. Gobierno de Navarra, 1995.

que en los mismos se señalan. Deseo destacar y agradecer la plena colaboración de todos los especialistas y expertos en cada materia del sistema sanitario navarro de lo que dejamos constancia en el capítulo de colaboradores; sin su aportación, comprensión y visión de responsabilidad en Salud Pública, no sería posible tener entre las manos este valioso documento de síntesis, clave para el desarrollo de estrategias y objetivos sanitarios en los años próximos inmediatos.

Esperamos que este diagnóstico sea debatido y compartido también por los profesionales de la salud y en especial los médicos clínicos que se acerquen a estas páginas, y que a su vez permita a gestores y políticos sanitarios (Gobierno, Parlamento) la toma de decisiones adecuadas y equitativas.



**RESUMEN DEL DIAGNÓSTICO DE  
SALUD DE NAVARRA 2003**



## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

En este apartado del Diagnóstico de Salud 2003, y siguiendo su misma ordenación de capítulos, se presenta una síntesis de lo expuesto y analizado a lo largo del mismo. Por tanto, en su primera mitad se recogen informaciones relevantes referidas a los determinantes de la salud (El derecho a la salud y sus valores, los determinantes socioeconómicos, el medio ambiente, los hábitos de vida, los servicios sanitarios y los apoyos técnicos necesarios para la actuación sanitaria), a continuación, se describe el Estado de Salud de nuestra Comunidad para lo cual se ordena la información correspondiente a los Resultados del Diagnóstico de Salud utilizando primero los indicadores más generales y sintéticos, seguidos del análisis de los principales problemas de salud presentes en nuestra sociedad.

Los contenidos recogidos aquí son un resumen de los aspectos más relevantes del sistema de salud de Navarra, describen algunas de sus características e identifican parte de las luces y de las sombras presentes. Además, se realizan valoraciones de la adecuación o no del nivel alcanzado en algunos indicadores en las situaciones analizadas.

### EL DERECHO A LA SALUD: PRINCIPIOS Y VALORES

Como síntesis del Diagnóstico relacionado con los principios y valores que inducen las actuaciones en el Sistema Sanitario de Navarra podemos señalar fortalezas y carencias debiendo estas últimas ser abordadas en los próximos años.

Entre las fortalezas del Sistema Sanitario de Navarra, se encuentra el alto grado alcanzado en la **universalización** del derecho a la protección de la Salud, si bien el número de personas excluidas de la asistencia sanitaria, aun siendo en número muy limitado, requiere hacer un esfuerzo de inclusión en equidad, que alcance a todos los ciudadanos residentes en los municipios de Navarra.

La falta de aplicación de la **legislación estatal y foral en el reconocimiento** del derecho a la salud como ciudadanos, y el mantenimiento del acceso al Sistema Sanitario por diferentes regímenes y niveles de pres-

taciones, da origen a una proporción de personas desprotegidas no superior al 4%, que debe corregirse para garantizar el acceso de TODOS los residentes de Navarra, en condiciones de igualdad y equidad al margen de su situación social, económica, laboral y contractual, lo que debe formalizarse a través de un acceso único en el Departamento de Salud

Si bien se ha avanzado en la **libertad de elección** de médico y centro, deberán mejorarse los cauces de información, que permita ejercer al ciudadano su capacidad de opción entre alternativas.

Se requiere investigar sobre los indicadores que permitan conocer la **eficiencia** según los resultados alcanzados en salud y no por la producción de actos asistenciales. La sostenibilidad del Sistema requiere por otro lado no sólo la financiación adecuada, sino el aprovechamiento de los recursos en lo que sea necesario, suprimiendo cuanto no esté apoyado en la evidencia de la prueba y aquellos servicios que obedecen a una demanda y consumo injustificado, como la práctica de la medicina defensiva y de complacencia.

Se requiere profundizar y desarrollar la **calidad** del Sistema asistencial tanto en la búsqueda de resultados clínico-científicos como en la percepción de la calidad por los ciudadanos tanto asistencial como en atenciones no sanitarias.

La sostenibilidad, la eficiencia, el coste-efectividad de las prestaciones y la calidad, disponen de un instrumento inexplorado, que es la **corresponsabilidad** de los actores sanitarios en la gestión de los servicios, que requiere su participación en la gestión de sus propios servicios y centros.

## EL PAPEL DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS Y SOCIALES EN EL SISTEMA SANITARIO

El **desarrollo normativo** en el área de protección social de las personas dependientes ha sido desigual desde las perspectivas social y sanitaria. La consecuencia es que la articulación de los derechos se ha llevado a cabo mediante un complejo entramado normativo en el que las diferentes administraciones han ejercido sus competencias normativas y de ejecución sobre dicha materia, a veces sin el grado de cooperación y coordinación deseable. Desarrollar un modelo de **atención a la dependencia** es uno de los retos pendientes.

En Navarra hay dos áreas claves:

**1. Modelo de atención a los enfermos mentales.** Hay aspectos de la atención a los enfermos mentales que escapan al ámbito de lo estrictamente sanitario, y así se ve en la propuesta de Atención al trastorno Mental grave del Departamento de Bienestar Social. La necesidad de estructurar una red de centros y servicios para la asistencia a pacien-

tes psiquiátricos de larga duración garantizando la continuidad de cuidados se revelan como ámbitos **especialmente deficitarios** en recursos específicos.

**2. Prestación de atención sociosanitaria.** La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud especifica la inclusión de la prestación sociosanitaria en el conjunto de las prestaciones del SNS. El art. 14 la define como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. Se concretan, en la norma, las actuaciones que han de desarrollarse dentro del ámbito estrictamente sanitario y que están pendientes de aplicar correctamente en Navarra. Estas son **los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable**. La norma establece, asimismo, la obligación de que se garantice la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes. Es evidente que la sola inclusión de la definición de la asistencia sociosanitaria en la normativa no significa que se haya articulado el modelo, los recursos y los medios que soportarán dicha prestación, pendiente de desarrollar en próximos años.

La atención paliativa a enfermos terminales, o la atención a demanda programada y urgente en los domicilios que son prestaciones reconocidas de atención primaria requiere protocolizar las actuaciones y evitar así que la materialización dependa de la sensibilidad y formas de hacer de los profesionales que hayan de prestarla.

## ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA

La **población residente** en Navarra está aumentando ligeramente desde la segunda mitad de la década de los 90, coincidiendo con el aumento de la población inmigrante. Entre 1996 y 2003 la población navarra creció un 11,1% (57.636 personas), de las cuales casi 2/3 son extranjeros.

El peso de la **población mayor de 65 años** está aumentando de forma progresiva, pasando del 11% en 1975, al 18% en 2001, lo que está dando lugar a un progresivo envejecimiento de la población. Este crecimiento ha sido más elevado en los mayores de 80 años, que han crecido un 146% en los últimos 20 años, pasando de 10.453 en 1981 a 25.702 en el 2001.

La **zona más envejecida** es la zona media, con un 23% de población mayor de 64 años. Sin embargo, la zona Norte es la que más ha envejecido

en el período 1991-2003, habiendo aumentado su tasa de envejecimiento en un 22%.

En cuanto a la **distribución geográfica**, la densidad de población de Navarra en el año 2003 (56 habitantes por km<sup>2</sup>), es muy inferior a la media nacional de 84 hab/km<sup>2</sup>. La población tiende a concentrarse en Pamplona y comarca ( 53% en 2003) en detrimento de las zonas norte y media de Navarra. Pierden importancia los municipios de menos de 5.000 habitantes (37% de la población navarra en el 2003), a favor de los de mayor dimensión.

### **Movimiento natural de la población**

Tras 10 años de estabilización de **la tasa de natalidad** en Navarra, a partir de 1998, comienza a crecer de forma suave, pasando la tasa bruta de natalidad del 9,3 por mil habitantes en 1998 al 10,3 por mil en 2002.

El **indicador sintético de fecundidad (ISF)**, ha pasado de 1,2 en 1998 a 1,3 en 2002 por la mayor fecundidad de las mujeres extranjeras residentes en Navarra (el 11% de los nacimientos en el 2002 son de madre extranjera).

La edad media a la maternidad ha aumentado a 32 años. El 70% de los nacidos vivos en el 2001 nacían de madres de más de 30 años.

## **DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS**

### **Nivel de renta e índices de desarrollo y pobreza humana**

La tasa de crecimiento del producto interior bruto (PIB) de Navarra tiene una tendencia creciente, por encima del Estado Español en la mayor parte del período 1991-2003.

*En términos de renta familiar bruta disponible en paridad de poder de compra, Navarra ocupa el 4º lugar (112,2, año 2003) tras Aragón (117,8), Madrid (115,7) y la Comunidad Autónoma Vasca (115,5).*

Los anteriores indicadores no tienen en cuenta el nivel de desigualdad en la distribución de la renta. En este sentido el 25% de los hogares de Navarra perciben estar en una situación inferior a la media, definiendo su nivel económico como bajo o medio-bajo. Estos hogares son los de menor tamaño y más envejecidos, y hay una mayor presencia de los mismos en las zonas rurales.

Analizando indicadores más globales, Navarra tiene el índice de pobreza humana más bajo en el ámbito del Estado, en el período 1980-2000. En cuanto al índice de desarrollo humano (IDH) Navarra, que ocupaba el primer puesto en 1990, pasa a ocupar el 3º lugar en el 2000, detrás de Madrid y la Comunidad Autónoma Vasca.

## Educación

El nivel educativo de la población navarra ha experimentado un crecimiento considerable en el período 1981-2001. Así, la tasa de analfabetismo se ha reducido al 0,9%. La población sin estudios o con estudios primarios ha descendido en los últimos 20 años del 67% al 28%. Asimismo se ha producido un desplazamiento de la población hacia estudios medios o superiores. Las mujeres han experimentado en mayor medida que los hombres un incremento en su nivel educativo, destacando el aumento de los estudios universitarios. Los mayores de 64 años sin estudios representan el 17,6% de su colectivo, y los que no saben leer o escribir el 2%.

En cuanto a las **tasas de escolarización**, alcanzaron el 99% a los 3 años y el 84 % a los 17 años en el curso 2000-2001. El alumnado extranjero se ha multiplicado casi por cinco en los últimos cuatro años, con un índice de escolarización de los menores entre 3 y 15 años del 97%.

A pesar de la alta escolarización alcanzada, en algunos colectivos, el **fracaso escolar** al finalizar la enseñanza obligatoria es importante, y la continuidad de los estudios después de la enseñanza obligatoria es poco frecuente. Así ocurre en buena parte de la comunidad gitana de Navarra, en sectores de población inmigrante y en otros colectivos. Estos hechos muestran el inicio de procesos de exclusión de la educación, y la necesidad de investigar el fenómeno y diseñar estrategias para conseguir el acceso a niveles medios y superiores de enseñanza de estos menores.

El porcentaje de alumnos que acumuló retrasos en la enseñanza primaria en Navarra, en el curso escolar 2000-2001, fue de 8,3%. Las mujeres obtienen mejores resultados.

## Empleo

La **tasa de paro en Navarra** aumentó en la década de los 80, hasta alcanzar su nivel máximo del 15% en 1986, fecha a partir de la cual comienza a descender hasta su nivel mínimo del 4,5% en 2001. El paro es superior en mujeres, siendo la tasa en el 2003 de 8,2%, casi el doble que la de los hombres, del 4,3%. Ellas tardan más tiempo en encontrar empleo y tienen contratos más precarios. El desempleo es también superior en los jóvenes (15-24 años), cuya tasa de paro en el 2002 fue del 13%. Otro colectivo con elevadas tasas de paro es la población con alguna discapacidad, con tasas de desempleo del 46% en mujeres y 27% en hombres. En cuanto a la población inmigrante extracomunitaria, la tasa de paro en el año 2000 era casi 5 veces superior que en la población autóctona, diferencia que se ha reducido algo en los últimos años entre los inmigrantes con más de un año de residencia en Navarra.

Por otro lado la **temporalidad en el empleo** es importante, especialmente entre los jóvenes. El 24% de la población ocupada en Navarra tie-

ne contrato temporal en el año 2003, porcentaje que aumenta al 30% en el caso de las mujeres. Del total de contratos temporales el 27% corresponden a trabajadores entre 16 y 24 años. Los contratos a tiempo parcial son también muy superiores en el caso de las mujeres, 22% frente a un 2% en los hombres.

Por otro lado el 42% de los inmigrantes extracomunitarios siguen trabajando en condiciones de irregularidad en el año 2003.

En cuanto a las **diferencias salariales**, el salario medio anual de los contratados temporales es un 40% inferior al de los contratados indefinidos. En cuanto a la desigualdad **según género**, las mujeres en Navarra ganan como media por hora trabajada el 72% de lo que ganan los hombres, sin ajustar por variables como tipo de contrato, tipo de jornada y experiencia entre otras. Ajustando por este tipo de variables en el año 1995, la diferencia salarial en Navarra a iguales características era del 83%.

En cuanto a la población inmigrante extracomunitaria, en el año 2000 el 18% declaraba recibir una remuneración inferior al mínimo legal, y un 40% mantenían jornadas de trabajo superiores a las 40 horas.

En lo referente a la **conciliación de la vida laboral y familiar**, el tiempo medio diario dedicado a las tareas del hogar y cuidado de la familia es de 4 horas 22 minutos en las mujeres, mas del doble que los hombres que dedican 2 horas y 3 minutos (INE, 2003). A nivel estatal, del total de personas que abandonaron su trabajo por razones familiares, el 92,5% eran mujeres (EPA 2003).

### **Acceso y condiciones de la vivienda**

Ha aumentado la proporción de viviendas desocupadas en los últimos 10 años, alcanzando el 14% respecto al total de viviendas en el año 2001. El 91% de las viviendas lo son en régimen de propiedad; tan solo el 6% son de alquiler en población general, frente a un 81% en población inmigrante extracomunitaria. El 30% de este último colectivo vive en habitaciones subarrendadas. Se constata así mismo una escasez de viviendas de alquiler social para grupos desfavorecidos.

Es de destacar la **dificultad de acceso a la vivienda**, con índices de accesibilidad muy por encima del umbral máximo tolerable (30% de los ingresos), lo que requiere un gran esfuerzo salarial para compra de vivienda especialmente en los jóvenes. Para una persona joven acceder a una vivienda libre mediante un préstamo hipotecario supone destinar el 58% de sus ingresos. Mientras los salarios aumentaban entre un 2% y 4% al año, en el período 1999-2002, el precio medio de la vivienda aumentaba entre un 10% y 17% a nivel nacional.

El tamaño medio de las viviendas de Navarra ha aumentado en los últimos años, así como la superficie media útil de la vivienda. Cada perso-



na dispone de 44 m<sup>2</sup> de vivienda como media. No es el caso de la población inmigrante extracomunitaria, donde el 46% vive en condiciones de hacinamiento (más de dos personas por dormitorio, o más de una si no son familia).

El proceso de exclusión en el acceso a la vivienda afecta a 3.800 familias, lo que supone el 2,3% de los hogares navarros.

En cuanto a **la composición de los hogares**, se observa una progresiva feminización y envejecimiento de los hogares unipersonales, estando encabezados por mujeres el 62% en el año 2003, con una edad de sus miembros de 62 años. Los municipios de menor tamaño y aquellos ubicados fuera de la zona de Pamplona, son los que presentan un mayor envejecimiento de la población y sus hogares.

En el 9% de los hogares navarros (16.386) viven personas **mayores de 65 años** solas, de los cuales el 74% son mujeres.

En lo que se refiere al equipamiento de las viviendas, las mejoras más significativas en los últimos 10 años se han producido en la disponibilidad de agua caliente (99%), y la disponibilidad de teléfono fijo (95%). La conexión a Internet ha doblado su implantación del 2001 (16%) al 2003 (35%). Así mismo, la disposición de ordenadores en los hogares navarros ha pasado del 43 al 54% en el mismo período.

En cuanto a la situación de la vivienda y **equipamiento en los mayores de 65 años**, en el año 2001, el 17% no disponía de calefacción individual o colectiva, y un 16% no cuenta con ascensor en el 2001, precisándolo por la altura de la vivienda.

Analizando los **principales problemas que afectan al entorno de la vivienda**, el problema más frecuente en el año 2003 son los ruidos exteriores (18%), seguido de la escasez de zonas verdes (14%) y la escasa limpieza de las calles (13%).

### **Gasto público social**

El gasto en protección social en porcentaje del PIB desciende de forma continuada en España desde el año 1993, manteniéndose en torno al 20% en los últimos 3 años, 7 puntos por debajo de la media europea.

En Navarra el gasto social (códigos funcionales 3 y 4) en porcentaje del gasto liquidado total del Gobierno de Navarra, ha descendido en 2 puntos en los últimos 10 años, situándose en el 53% en 2003.

El gasto público en educación en Navarra en el año 2001 era del 3,5% del PIB, un punto por debajo de la media nacional del 4,5%, y también inferior a la media de la OCDE del 4,8%, manteniéndose con pequeñas oscilaciones en torno al 3,5% en el período 1995-2002. Por otro lado, el gasto público en educación representó el 88,7% del gasto total en educación en

Navarra, algo superior al del Estado Español y a la OCDE, que fue del 87,8%.

## MEDIO AMBIENTE

En los últimos años se ha producido un importante desarrollo de la legislación medioambiental tendente a la regulación de todas aquellas actividades que inciden en la salud.

En unos casos se han regulado nuevas actividades como el control de la legionelosis, el Plan Integrado de Gestión de Residuos Sólidos o la Ley Nacional del Ruido. En otros se han renovado regulaciones ya existentes como la del agua de consumo humano, piscinas de uso público o la de calidad del aire. Algunas actividades se han visto sometidas a normativa europea.

Se han producido también **cambios competenciales**. Las competencias de Medio Ambiente afectan ahora a diferentes sectores y se hace necesario potenciar la coordinación de las distintas administraciones con el Departamento de Salud para que todas las decisiones que tomen con influencia en el entorno en que vivimos tengan en cuenta las consecuencias que pueden acarrear para la salud de las personas.

En general, son positivos muchos de los **indicadores de control y de resultados**:

- El 99,8% de la población residente en Navarra recibe agua controlada analíticamente. Del conjunto de las muestras, el 91% son aptas para el consumo humano.
- Está garantizada la recogida y transporte de basuras. La recogida selectiva cubre al 95% de la población. Aumenta progresivamente la fracción recuperada y reciclada (25% en 1996 a 33% en 2003)
- Todos los municipios de más de 500 habitantes, lo que representa el 95% de la población de Navarra, cuentan con sistema de depuración biológica de sus aguas residuales.
- El resultado de las mediciones de la Red de Control de Calidad del Aire muestran que excepto el ozono, los parámetros medidos están por debajo de los valores límite y de tolerancia admitidos en toda la serie de años de medida que se dispone.

Se identifican todavía muchas **áreas de mejora**:

- Avanzar en la aplicación del Plan de residuos.
- Mejorar la gestión del ruido.
- Mantener y mejorar un sistema de control de la cadena alimentaria para prevenir la aparición de problemas de salud pública

como la encefalopatía espongiiforme transmisible o la contaminación de alimentos por dioxinas.

Se disponen de más y mejores datos respecto a la exposición de los trabajadores a los distintos riesgos laborales. Sin embargo, persisten importantes lagunas respecto a los **riesgos ergonómicos**, los **cancerígenos en el trabajo** y los **riesgos psicosociales**. Las conductas violentas en el trabajo continúan soterradas en muchos casos.

Se ve necesario que el avance en la mejora de las condiciones de vida se haga en “**sostenibilidad**”. Se trata de conseguir un desarrollo sostenible haciendo compatible el desarrollo económico, la igualdad social y el mantenimiento de los ecosistemas naturales.

## ESTILOS DE VIDA

Como ya se reflejaba en el diagnóstico de salud realizado en 1993, no se constatan grandes diferencias en la situación de los diferentes comportamientos, reflejo del estilo de vida, respecto a las comunidades vecinas.

El 26% de la población **fuma** de manera habitual (29% de hombre y 23% de las mujeres). La tendencia de consumo es descendente en hombres y estacionaria en mujeres. Los jóvenes adultos (25 a 44 años) se identifican como grupo prioritario para políticas de ayuda a la cesación por presentar el máximo consumo. En los más jóvenes, 16-24 años, la tendencia de consumo es descendente.

El 35% de la población consume **alcohol** de manera regular (52% de hombres y 19% de mujeres), un 4% tiene un consumo excesivo. Los hombres de 45-65 años concentran la situación de riesgo. En los últimos 10 años ha habido un aumento en 15 puntos de los bebedores exclusivos de fin de semana, manera predominante de consumo en los jóvenes y en las mujeres, un 22% de éstos, tienen un consumo excesivo esos días del fin de semana.

El alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas. En 3º lugar y con tendencia ascendente se sitúa el consumo de cánnabis (un 6,5% de la población adulta de 15 a 64 años lo ha consumido el último mes, un 10% el último año).

El incremento de la tasa de obesidad que se declara en España y en los demás países desarrollados no se puede contrastar en Navarra aunque la reciente puesta en marcha de un estudio poblacional sobre enfermedades cardiovasculares va a permitir obtener esta información. Esta investigación así como la participación de Navarra en el Estudio Prospectivo Europeo sobre Dieta y Cáncer (EPIC) van a proporcionar una buena información sobre los hábitos alimenticios. En los últimos años se ha asis-

tido a la aparición de los “trastornos de la conducta alimentaria”, que aunque de baja prevalencia tienen una repercusión social muy importante.

Se constata un incremento en los últimos años de la práctica de ejercicio físico.

Se ha producido en la última década el afloramiento de problemas de salud pública generados por situaciones de violencia en diferentes ámbitos: de género y escolar (*bullying*). Se apunta que otras situaciones de violencia como la que se da en personas mayores o en menores pueden emerger en los próximos tiempos.

En el ámbito de los estilos de vida es importante resaltar la importancia de la intervención holística, intersectorial, interdepartamental que permite incidir desde diferentes sectores en ámbitos de la sociedad aunque en muchas ocasiones se detectan dificultades de funcionamiento que se traducen en una falta de operatividad de estas intervenciones. En esta línea se sitúan algunas de las intervenciones sobre estilos de vida que se pueden identificar:

- El Plan Foral de drogodependencias y el Plan Foral de acción sobre el tabaco, son instrumentos que buscan reducir los hábitos de consumo y minimizar sus daños.
- La Comisión Interdepartamental para el Desarrollo y la Coordinación de la Seguridad Vial que cuenta con la participación de las Direcciones Generales de Interior, Educación, Salud, Obras Públicas e Interior, se constituyó en 2000 y acaba de elaborar una Estrategia Navarra de Seguridad Vial que está pendiente de ser aprobada por Gobierno.
- El Acuerdo Interinstitucional para la Atención Integral a las Víctimas del Maltrato Doméstico y/o Agresiones Sexuales, con la participación del Gobierno de Navarra, la Delegación del Gobierno en Navarra, el Tribunal Superior de Justicia y la Fiscalía de Navarra.

## SERVICIOS SANITARIOS

### Atención primaria

Los **ratios de población** asignada por cada profesional tipo en activo en la atención primaria se mantienen constantes desde la fecha de referencia utilizada, 1998. Así, el promedio de población por profesional es mayor en el medio urbano y en pueblos grandes. En el conjunto de Navarra hay 1.470 personas por cada médico general, algo más en el Área de Tudela (1.625); 940 menores de 15 años por cada pediatra y 1.435 personas por cada profesional de enfermería.

La **utilización de los servicios** de atención primaria por parte de la población ha aumentado un 21,6% desde 1993, llegando a las 19.400 consultas al día. Es de destacar que el 73% de las consultas se dan a demanda de los ciudadanos (el 80% en 1993). El 22%, son consultas programadas y el 5% se caracterizan como consultas en el domicilio.

- El 27% de la población acude al año 9 o más veces al Centro de Salud (el 14% de la población ha acudido 14 o más veces). El 18,5% de la población consulta entre 5 y 8 veces y el 31% lo hace entre 1 y 4 veces. Hay que tener en cuenta que el 23,5% no acude ni una sola vez.
- El incremento de la presión asistencial es mayor y más problemática en las zonas urbanas.

La **carga asistencial de los profesionales** de atención primaria, si bien ha aumentado para todos, presenta diferencias según el tipo de profesional. El médico de medicina general es quien mayor volumen de pacientes atiende al día, 31 en promedio de 245 días al año, y con mayor porcentaje de consulta a demanda de la población, 89,1%; enfermería con 18 pacientes día, presenta un 43,5% de la actividad en la modalidad de programada en el centro y un 9,6% en el domicilio. Pediatría presenta una situación intermedia. A la vista de los indicadores utilizados, llama la atención la disminución de actividad en los domicilios en medicina general y en enfermería.

La actividad asistencial de los profesionales, además de en número, ha aumentado también en **contenidos** clínicos, ya que se ha promovido la aplicación de consensos y protocolos asistenciales y el acceso a un mayor número de pruebas complementarias diagnósticas. Por otra parte, una buena parte de las tareas administrativas que se realizaban dentro de la consulta se realizan en la actualidad en el área administrativa de los centros. Además, el envejecimiento poblacional y el consiguiente aumento de la prevalencia de todas aquellas enfermedades relacionadas con la edad está siendo sin duda, un factor epidemiológico determinante de la actividad asistencial. Todo ello, en su conjunto, da como resultado que se atienden consultas con más contenido clínico y de mayor complejidad.

- Los centros de atención primaria (centros de salud y consultorios) han incorporado personal administrativo y tecnologías de la información que han aumentado de forma importante las tareas administrativas que se realizan en el centro, lo cual ha facilitado de forma sustancial las tareas a realizar por parte de los ciudadanos: descentralización de pruebas analíticas, de informes, de citas... Pero dar más y mejor servicio supone realizar más actividades de todo tipo.

Respecto a los problemas atendidos en atención primaria, sigue dominando un **patrón de morbilidad** centrado en la patología de deter-

minados sistemas: del aparato respiratorio sobre todo, seguido del sistema locomotor, digestivo y de la piel. La mayor parte de los episodios atendidos son de carácter agudo. No obstante, entre los diez episodios más frecuentemente atendidos se constata la presencia de la hipertensión y la dislipemia. Enfermedades de carácter crónico, cada vez más prevalentes, como la demencia, enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, ictus...), broncopatía crónica, neoplasias, diabetes y otras relacionadas con la edad ante las cuales existen cada vez mejores posibilidades terapéuticas para su estabilización y control, no figuran en el ranking de episodios más atendidos, pero precisan una dedicación asistencial creciente para la atención primaria. Es de destacar de manera especial, la atención al área de salud mental, ya que entre los 20 episodios más atendidos están la depresión y la ansiedad.

- Las coberturas alcanzadas en el control de patologías crónicas o en los servicios preventivos ofertados desde atención primaria parece aceptablemente buena.

Desde 1998 se ha venido desarrollando un **Plan de Gestión** en atención primaria que ha aportado mejoras evidenciables en el funcionamiento y en la gestión, entre las que se pueden señalar:

- La visualización y homogeneización de la oferta de servicios y de su utilización en los Centros de Salud.
- La desigual pero progresiva implicación de los centros en la consecución de los objetivos formulados cada año en relación con la actividad a desarrollar y con los compromisos presupuestarios.
- Muy incipiente esfuerzo de los equipos por incluir la mejora de la calidad asistencial en la gestión de su centro.

En los últimos 8 años, la participación del **gasto sanitario** correspondiente a la atención primaria (sin farmacia) en el conjunto del gasto del SNS-O ha bajado del 15% al 14,2%.

- El 60% del gasto imputado actualmente a la AP es gasto en farmacia (incluida la prescripción de los especialistas); supone 226 euros por habitante en 2003. Para el pago de los servicios asistenciales de AP se gastan 150 euros por habitante.
- En el período 1997-2003, el gasto en farmacia ha aumentado un 63% mientras que el resto de conceptos lo ha hecho un 28%.

Es de destacar el importante desarrollo de **sistemas de información**, tanto de uso clínico como para la gestión de prestaciones y servicios. Aún así, falta medir mejor el producto que ofrece la atención primaria. Existe una baja objetivación (evaluación) de los problemas existentes en el funcionamiento de los servicios de atención primaria.

La **valoración global por parte de la población** de la atención recibida es buena. El mayor descontento se concentra en el tiempo de espera hasta entrar en la consulta y en los horarios de las consultas de los médicos de cabecera. Al respecto, es de destacar que en los últimos años y sobre todo en los centros urbanos, cada vez es más habitual citar a las personas a las 48 ó 72 horas de haber solicitado la consulta.

### Atención especializada

La atención especializada concentra el 72% de los trabajadores y el 60% del gasto del sistema sanitario de Navarra.

Los hospitales públicos de Navarra cuentan con una relativamente buena **disponibilidad de medios** materiales y tecnológicos.

- El número de camas de agudos en los hospitales públicos se ha reducido desde 1990 en un 11,5%. En ese período la utilización de las camas disponibles ha mejorado, Así el índice de rotación (número de pacientes por cada cama) ha aumentado un 44% llegando a 41 en el año 2003. Es de destacar la notable presencia de tecnologías, sobre todo diagnósticas (TAC y RMN), en los centros.
- A pesar del incremento de población habido, desde 1999 el número de hospitalizaciones de financiación pública se ha mantenido estable alrededor de 58.000 ingresos al año, por lo que la frecuentación hospitalaria ha presentado una tendencia descendente.

Todos los **indicadores de actividad** muestran incrementos importantes en los últimos años. Desde 1997, las intervenciones quirúrgicas han aumentado un 14%, un 18% las primeras consultas, la cirugía mayor ambulatoria desde el año 2000 ha crecido un 50% hasta llegar a las 9.600 intervenciones en el 2003.

La atención urgente y preferente está bien garantizada en los centros. La **atención programada**, en cambio presenta problemas con tendencia a incrementar la demora para el acceso a las prestaciones en intervenciones quirúrgicas y en la consulta.

- El promedio de días que tuvieron que esperar los ciudadanos para ser atendidos en la primera consulta en el Área de Pamplona fue de 28 días en 2003, con importantes variaciones según especialidades.
- Las **listas de espera** para intervenciones quirúrgicas en los dos últimos años analizados se han incrementado en 1.900 personas (un 36%), equivalente al 20% de las intervenciones Quirúrgicas realizadas en el año 2003. La traumatología era la especialidad con peores indicadores. Respecto a las listas de espera para la



primera consulta, el incremento de personas en espera ha sido de 9.380 (aumento del 48%). La actividad necesaria para atender a todas las personas pendientes de atención a 31 de diciembre de 2003 equivalía al 10% de las consultas realizadas ese año. En el 8% de las citas asignadas para consulta de especialidad (tanto de primera como de sucesiva) la población no acude a la cita.

- Establecimiento de **garantías** de espera: la de espera quirúrgica, de 6 meses, y la de consulta preferente de 10 días. Hay que diversificar estas garantías de espera y adecuarlas al conjunto de episodios que componen un proceso asistencial (p.e. desde que se solicita una consulta hasta la realización de la consulta con los resultados de las pruebas practicadas).

Ha habido cambios en la **patología atendida** en los pacientes ingresados. La atención en régimen de hospitalización por situaciones ligadas al embarazo y al parto y por patología del aparato circulatorio han presentado los principales incrementos desde 1999, con el 19% y el 10% respectivamente. Por el contrario y coincidiendo con el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria, las patologías de los órganos de los sentidos (ojos 12% y oído 35%) presentan los principales decrementos en el período, seguidos de la patología genitourinaria (6,5%).

El **nivel de complejidad** de los procesos hospitalizados, valorado por medio de los GRD, de los pacientes hospitalizados en Navarra en el 2003, fue equivalente a la del conjunto de pacientes hospitalizados en el Sistema Nacional de Salud. El indicador de estancia media muestra también valores similares.

Existen luces y sombras en el desarrollo de los **contrato programa** puestos en práctica desde 1997:

- Los contrato programa muestran que mientras que el incremento interanual medio del gasto en los centros hospitalarios era del 5,4%, la producción hospitalaria, medida mediante la facturación interna, se incrementaba en un 6,6%.
- Se observan limitaciones en la eficacia de los contratos programa derivadas del hecho de que son una simulación (los resultados no tienen consecuencias reales) y que con su actual formulación o dinámica no consiguen trasladar a los profesionales y servicios los compromisos adquiridos en los pactos suscritos en niveles superiores. Hay falta de pactos internos en los hospitales. Además hace falta contar con Planes estratégicos de gestión.

La **valoración que los pacientes hacen** de la atención sanitaria recibida desde lo servicios especializados es muy buena. En ese contexto, la amabilidad, la empatía y la competencia de los profesionales son los aspectos más destacados. Por el contrario, las listas de espera y la información recibida a lo largo del proceso asistencial resultan ser las áreas con



menor puntuación. En estos últimos aspectos es, además, donde se constatan importantes variaciones entre las puntuaciones obtenidas entre los diferentes servicios hospitalarios, mostrando prácticas asistenciales diferentes.

Respecto a la **percepción** que tienen las personas sobre la demora vivida en la espera para ser atendidas, se concluye que la información recibida sobre el tiempo a esperar no se corresponde con la espera real habida y que la experiencia de espera habida condiciona sobremanera la opinión de cuál es el límite razonable de la espera; cuanto más se ha esperado, más se está dispuesto a esperar.

### La atención a la urgencia sanitaria

Todos los dispositivos asistenciales establecidos para la atención de la urgencia registran **incrementos** importantes en la demanda atendida. En su conjunto la demanda desde el año 2000 se ha incrementado un 13,6%.

Los cambios organizativos habidos en la **atención primaria** han generado falta de continuidad y dificultades de acceso (citaciones tardías) a los servicios ordinarios, lo que ha favorecido, entre otros, una mayor asistencia de la población a los servicios de urgencia.

La mayor actividad de asistencia en la puerta de urgencias **no se corresponde** con mayores o más graves necesidades de los ciudadanos que consultan.

- La mayor afluencia a los servicios de urgencia ha traído parejo un leve incremento en el número de personas hospitalizadas de urgencia (0,9%) lo que ha supuesto 950 ingresos urgentes más en 2003 respecto a 2000. Relacionando ambos indicadores, en 2003 se han atendido 51.300 personas más que en 2000 pero sólo 950 más han ingresado, esto es, el 1,9%.

La distribución espacial de la demanda de urgencia y las variaciones anuales indican que Tudela y Estella, sobre todo la primera presentan valores de **frecuentación** muy por encima de la observada en el Área de Pamplona, un 43% y 29% mayor respectivamente, en 2003. Sin embargo, los traslados en UVI móvil en esas áreas no se han incrementado.

Demanda de la **población infantil**. Sólo se cuenta con datos de Pamplona. El fuerte incremento de la demanda y su concentración en el Hospital Virgen del Camino requieren un análisis específico y la puesta en marcha de medidas correctoras.

Hay un importante margen de mejora en la utilización de instalaciones y demás **medios extrahospitalarios** de urgencias ya disponibles y posibilidades de reforzar algunos de los servicios en horarios o épocas de mayor demanda.

Hace falta **gestionar** mejor el conjunto de medios disponibles para la atención urgente haciéndola más efectiva, eficiente y operativa para lo cual debería de favorecerse una mayor integración de responsabilidades y de recursos.

### **Coordinación atención primaria-atención especializada**

Se evidencian **mejoras en el acceso** desde los centros de AP a la información clínica de los pacientes atendidos en especializada y a los sistemas de citación de pacientes para consulta y para determinadas exploraciones. Además, cada vez se dispone de más protocolos y guías compartidas entre AP y AE.

Las principales **tareas para mejorar** el funcionamiento se centran en: la necesidad de adecuar la oferta y la demanda entre niveles; extender la descentralización de la citación y de las prestaciones a todo el territorio y favorecer la autogestión de la citación en consultas sucesivas en las especialidades.

### **Atención al paciente terminal**

Hay que **establecer garantías** para que toda persona que considere la necesidad de recibir cuidados específicos en la etapa final de la vida los pueda recibir, sin depender de la sensibilidad o actitud de su médico general. Es necesario extender en el territorio los planes de cuidados de los enfermos terminales.

### **La atención en salud mental**

En los últimos 10 años, apenas se han modificado los **recursos asignados** a los centros de salud mental a pesar del importante incremento de pacientes en la red (30%).

Hay que promover la **adecuación de los servicios intermedios** para contener a los pacientes crónicos graves lo más cerca posible de la comunidad, sin tener que ingresarlos necesariamente en las unidades de agudos.

### **Los servicios de Salud Laboral**

La normativa recogida en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y en su desarrollo tiene un carácter eminentemente preventivo. En la última década las **actuaciones preventivas en las empresas** se han incrementado sustancialmente, en términos relativos, pero aún no se han alcanzado cotas suficientes.

Los mayores problemas preventivos se encuentran en las **pequeñas empresas**; en los cumplimientos reales de la normativa, ya que los for-

males han mejorado; en la integración y coordinación de las actividades preventivas y en promover actuaciones en **colectivos** con características especiales (mujeres, multicontratados, pluriexpuestos, trabajadores cedidos, emigrantes, discapacitados...).

Se debe favorecer la **cobertura** de la población trabajadora de las empresas pequeñas y medianas por medio de servicios de prevención de riesgos laborales, al ser éste el colectivo de entidades y trabajadores más amplio y con mayores dificultades en Navarra.

Se observa, respecto a la **vigilancia de la salud** de los trabajadores, que están disminuyendo los reconocimientos médicos de tipo general, denominados inespecíficos. La vigilancia sanitaria específica de la salud de los trabajadores en función de los riesgos inherentes al puesto de trabajo y la aplicación de los protocolos correspondientes siguen lejos de niveles óptimos, a pesar de su progresiva mejora.

### **Gasto sanitario**

Es necesario alcanzar la **suficiencia presupuestaria** como condición para exigir una ejecución más eficaz y rigurosa.

El 95% del gasto sanitario público proviene de un **único agente**, el Gobierno de Navarra, es él por tanto, quien decide el nivel de gasto.

El **gasto sanitario per cápita** en Navarra es un 20% superior respecto al conjunto del Sistema Nacional de Salud. Ello se debe a las prestaciones ofertadas en una comunidad pequeña en población y con el nivel de exigencia de una sociedad desarrollada.

El porcentaje que supone el **gasto sanitario sobre PIB** regional permanece estable en valores entre el 4,7% y el 4,9% a lo largo de los últimos 8 años. Se mantiene un diferencial con el promedio de la UE-15 de casi dos puntos por debajo en el porcentaje de PIB público dedicado a la sanidad. El promedio español es del 5,4%.

El volumen alcanzado por el **gasto farmacéutico** (25,6% del gasto), los continuos incrementos y la magnitud de los mismos, reclaman redoblar los esfuerzos para racionalizar la prestación. Es necesario establecer una estrategia global a medio plazo para mejorar la calidad de la prestación y para controlar el gasto.

### **Programas de salud**

Los programas en marcha contemplan una importante **variedad de orientaciones** preventivas.

	Tipo de prevención		
	Primaria	Secundaria	Terciaria
• Programa de detección precoz de hipoacusias en el recién nacido		X	
• Programa de vacunaciones	X		
• Programa de prevención y control de SIDA e infecciones asociadas al VIH	X		X
• Programa de detección precoz de metabolopatías congénitas		X	
• Programa de detección precoz de cáncer de mama		X	
• Plan foral de acción sobre el tabaco	X		X
• Programa de atención dental infantil (PADI)	X		X
• Diagnóstico prenatal		X	
• Promoción de salud en minorías étnicas	X		
• Riesgo cardiovascular y enfermedades relacionadas	X		X
• Programa de trasplantes			X

La mayor parte de los programas en marcha en el sistema sanitario cuentan con **indicadores de resultado**. Aún así, son esporádicas e insuficientes las reflexiones evaluativas orientadas a mejorar las actuaciones o sus resultados.

**Impacto** del programa en la reducción de **desigualdades sociales**.

- En el programa bucodental se constata la reducción de las diferencias entre el medio rural y el urbano para acceder a los tratamientos reparadores. Otros indicadores, aún mostrando una buena evolución nos señalan que persisten diferencias en la práctica de hábitos preventivos y en la prevalencia de caries entre categorías socioeconómicas.
- La ampliación de la cobertura del programa bucodental hasta los 18 años cumplidos permite ofrecer un servicio novedoso a los jóvenes de Navarra.
- La alta participación en otros programas (detección precoz de cáncer de mama e hipoacusias o vacunaciones, por ejemplo) permiten afirmar que dichos programas son, además de efectivos, instrumentos que favorecen la equidad ante problemas o riesgos presentes en la sociedad.
- Otros programas (Minorías Etnicas p.e.) concentran buena parte de sus actuaciones en colectivos humanos desfavorecidos:

población con bajo nivel de integración o en exclusión social. Por tanto, impulsan actuaciones frente a la desigualdad social.

Nivel de **efectividad** alcanzado por los programas. ¿Dan de sí los programas lo que potencialmente pueden aportar?

1. La evidencia disponible nos permite afirmar que buena parte de los programas en marcha se sitúan en línea con los resultados obtenidos en entornos considerados de excelencia. Así:
  - Las evaluaciones realizadas en comunidades con estrategias de detección precoz de Síndrome de Down parecidas a la nuestra muestran resultados del 60% de detección, muy próximo al 58,1% constatado en Navarra.
  - De igual manera la detección de hipotiroidismo en recién nacidos se da en Navarra con una frecuencia en estos últimos 4 años de 1 caso por cada 3.825 R.N cuando la frecuencia esperada se sitúa entre 1 cada 3.600 y 4.000.
  - Por el contrario, la frecuencia de fenilcetonuria esperada es de 1 cada 12.000 recién nacidos (en EEUU), no habiéndose diagnosticado ningún caso en Navarra ni en los últimos 4 años (23.000 recién nacidos), ni en los 4 años anteriores tampoco.
  - La previsión de detección de recién nacidos con hipoacusia antes del inicio del programa era del 4 por 1000. Tras más de 4 años de funcionamiento la detección de hipoacusia ha sido del 5,8% (1,02% leve, 3,27% moderada y 1,52% grave).
2. Hay programas, como los señalados anteriormente, en los que existen **pruebas** contrastadas sobre su **capacidad de prevenir o modificar** el curso de una enfermedad. En la mayor parte de estos programas existen componentes tecnológicos tales como el uso de pruebas diagnósticas. Otros programas en cambio, cuentan con un menor bagaje de pruebas y por tanto los resultados obtenidos quedan sometidos a una mayor variabilidad. Es el caso de las actuaciones dirigidas a la modificación del comportamiento de las personas o de promoción de la salud:
  - Programa de acción sobre el tabaco donde los indicadores poblacionales muestran una pequeña tendencia positiva.
  - El programa de prevención del SIDA donde el 70% de los casos tienen su origen en el uso compartido de materiales en la toma de sustancias adictivas y el resto en el mantenimiento de prácticas sexuales sin la protección adecuada.

Hay programas, como el de prevención del cáncer de mama, que requieren años de desarrollo para mostrar su capacidad de modificar el **indicador de impacto poblacional**, en este caso la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres de Navarra al cabo de 20 años de aplicación del pro-

grama. No obstante, contamos con algunos indicadores intermedios que señalan que se está en buena dirección. Así, entre otros, la supervivencia relativa de las mujeres a los 5 años de ser diagnosticadas de cáncer de mama en Navarra ha aumentado del 71,2% al 81,5% comparando los resultados en las mujeres diagnosticadas en el quinquenio anterior y posterior al inicio de las actividades de detección precoz en 1990. Estos resultados se sitúan entre las comunidades con valores más altos del indicador. Estas mejoras, atribuibles en gran parte al programa de detección precoz, revierten también en la mortalidad por cáncer de mama en el quinquenio 1997-2001, ya que ésta ha bajado un 20,2% respecto al quinquenio anterior.

El programa de trasplante muestra buenos indicadores de resultado, pero requiere de **actuaciones mantenidas** para sostenerlos en una sociedad que da muestras de altruismo y que participa de la cultura de la donación.

## APOYOS TÉCNICOS Y SOCIALES

Desde 1995 el Departamento de Salud realiza una convocatoria anual de subvenciones para la realización de acciones y programas cuyo objetivo sea el desarrollo de **asociaciones de autoayuda**, y la puesta en marcha de **programas de salud** que complementen las actividades del Departamento de Salud y sus organismos autónomos. Esta partida de gasto ha sufrido un importante crecimiento desde su implantación, llegando a multiplicarse por cuatro. El tipo de actividades que se financia es de lo más diverso: prevención y promoción de la salud frente a conductas de riesgo (alcohol, tabaco, accidentabilidad); promoción de hábitos saludables de vida (nutrición, actividad física); promoción de salud orientada a colectivos específicos como minorías étnicas; y programas que fomentan la participación comunitaria, la prevención e inserción en drogodependencias, y la promoción de la salud en relación con la infección por VIH-Sida.

En esta diversidad de actividades y programas subvencionados destaca el hecho de que por esta vía de convocatoria anual se encuentran financiados servicios cuya prestación podría estar garantizada por el **sistema de protección social** como es la asistencia a personas sin recursos con SIDA en situación terminal.

## Docencia e Investigación

Durante este periodo se han producido cambios relevantes en el área de docencia y formación que han dado lugar a un crecimiento cuantitativo y cualitativo de la formación continuada sanitaria.

- **Creación** en 1996 del Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios en el ámbito de la Dirección General del Departamento de Salud, con **dos secciones específicas para las**

**atribuciones en materia de Formación sanitaria y otra de Investigación**, lo que ha supuesto un impulso en la formación continuada sanitaria y en la investigación.

- **Creación de la Comisión de Acreditación de Formación continuada** de las profesiones sanitarias de Navarra (1998).
- Nuevo marco normativo estatal en formación pregraduada, especializada y continuada de los profesionales sanitarios orientada a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Líneas de actuación desarrolladas durante este periodo en el área de **docencia**:

- Programa de Formación Continuada
  - **El Plan Docente**, dirigido a los profesionales del Sistema sanitario es aprobado anualmente por Orden Foral habiéndose desarrollado en el período 1996-2003, 479 cursos, con 9.378 horas docentes, con la participación de 10.000 profesionales sanitarios del Sistema Sanitario de Navarra. que desde 1999 han obtenido el reconocimiento de créditos por la Comisión de Formación Continuada.
  - Colaboración con las **Comisiones de Docencia** de los Centros Sanitarios, mediante la concesión de ayudas económicas para la organización de actividades de formación continuada dirigida a sus propios profesionales.
  - Desarrollo de **acciones formativas** en colaboración con la Universidad Pública de Navarra
  - **Convenios** para la formación Continuada, con Colegios Profesionales, Fundaciones, Comisiones de Docencia hospitalarias, y para la formación de pregrado con las las dos universidades de Navarra
- **La Comisión de formación continuada** de las profesiones sanitarias de Navarra se constituyó en 1999, habiendo acreditado hasta 2003, 1.257 actividades realizadas por los diversos proveedores de formación continuada.

Líneas de actuación desarrolladas en el área de **investigación biomédica**:

- **Convocatoria anual** de Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud. Una de las innovaciones más relevantes ha sido la del sometimiento de la concesión de los proyectos de investigación a la evaluación por órganos técnicos externos de evaluación, tanto de fuera de Navarra en la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva (ANEP) como a la Comisión Técnica interna, compuesta por científicos de los diversos centros sanitarios y asistenciales de Navarra que dan cuenta de la viabilidad

de los proyectos objeto de ayuda y de su oportunidad. En el período 1997-2003 se han concedido 217 proyectos por un total de 3,6 millones de euros.

- Implantación de **Becas** para la Ayuda a la Promoción de Investigación en Ciencias de la Salud (**APICS**), para la formación de futuros investigadores por un período de tres años en centros públicos con proyectos estables de investigación. Hasta el momento se han concedido ocho becas.
- Desde 1997 se recuperó la revista **Anales del Sistema Sanitario de Navarra** que ha sido incluida en las bases de datos Índice Médico Español (IME) en el año 2000, base de datos que sólo tiene incluidas 320 revistas españolas; en la base europea Excerpta medica (EMBASE) en el año 2001; en la base norteamericana Index Medicus (Medline) en el año 2002, en la que sólo están incluidas 44 revistas españolas de un total 4.200 revistas. Un tercio de la producción científica de sistema sanitario de Navarra se ha publicado en esta revista de difusión internacional.
- El **Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)** se constituyó en 1994 y hasta 2003 ha evaluado 684 ensayos clínicos, pertenecientes a todos los centros sanitarios de Navarra, habiendo emitido informe favorable de 558 de ellos.
- En el año 2000 se ha puesto en marcha la “Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud” que, dentro de la Intranet, permite el acceso no sólo a bases de datos de citas bibliográficas, sino a información centrada en “Medicina basada en la evidencia”; así como al texto completo de las revistas a la que están suscritas las bibliotecas dependientes del Departamento de Salud.

### **La producción científica en el sistema sanitario de Navarra**

En el período 2000-04 se han producido 916 publicaciones científicas indexadas en Medline, Embase e IME. De ellas un 37% tienen factor de impacto (JCR)<sup>1</sup>, generando un total de 835,9 puntos con un rango entre 0,6 y 29 puntos. Un 46% tienen un factor de impacto (IME)<sup>2</sup>, que genera 80 puntos adicionales.

---

1. ISI Journal Citation Reports.

2. [[http://ime.uva.es/imecitas/factor\\_impacto.shtml](http://ime.uva.es/imecitas/factor_impacto.shtml)]



## RESULTADOS. EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

### INDICADORES GLOBALES

En el año 2003, el 74% de la población **consideraba que su estado de salud** en los doce meses anteriores a la entrevista había sido bueno; 20% regular, y un 6% malo. Esta distribución permanece estable en el tiempo desde 1990 y se puede valorar como positiva. En todos los grupos de edad la percepción de la salud es significativamente peor en las mujeres.

Los problemas de salud<sup>3</sup> que afectan a más personas en Navarra son por este orden, el dolor o malestar (19%), los problemas de movilidad y la depresión o ansiedad (8% cada uno de ellos), dificultad para desarrollar las actividades cotidianas (6%) y para el cuidado personal (2,3%). En todos ellos es notable una mayor prevalencia de problemas en mujeres, pero sobre todo la distancia mayor se produce en la dimensión de dolor/malestar, donde la prevalencia en mujeres es del doble que en hombres (25% frente a 12%). El número de personas con problemas aumenta con la edad, excepto en la depresión o ansiedad donde no se advierte de manera tan clara la relación con la edad.

En Navarra, alrededor de 40.000 personas mayores de 6 años **relata alguna discapacidad**, esto supone un 8% de la población total. Un 46% de las personas que declaran discapacidad son hombres y un 54% mujeres.

La mayoría de las discapacidades relatadas son de **carácter grave o total**: un 72% de las discapacidades de los varones y un 78% de las de las mujeres. El 2% de las personas entre 6 y 64 años, y el 20% de los mayores de 65 años tienen alguna **discapacidad para las actividades de la vida diaria (AVD)**.

La mitad de la población con discapacidad no ha necesitado ningún tipo de **servicio social o sanitario**, y un 6% habiéndolo necesitado no lo ha recibido.

---

3. Los problemas de salud se miden utilizando el instrumento de Calidad de Vida Relacionada con la Salud denominado. Mide cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión con una escala de 3 ítems en función de la intensidad del problema.

En el quinquenio 1997-2001 la **esperanza de vida** al nacer fue de 84 años en las mujeres y de 77 años en los hombres de Navarra, situándose entre las más altas de las descritas en los países industrializados.

Indicadores de **mortalidad** que presentan una **evolución favorable**:

- En todos los grupos de edad las tasas de mortalidad de la población de Navarra son más bajas que las registradas en España.
- Importante descenso de la mortalidad infantil que se sitúa en torno a 3,6 muertes por 1.000 en el periodo 1997-2001 frente a 7,7 en el período 1991-96.

Indicadores de **mortalidad** que presentan una **evolución desfavorable**:

- La sobremortalidad masculina de 1,89 en el periodo 1997-2001 en Navarra es algo más alta que la descrita en España en el mismo periodo y además se ha incrementado en los últimos años
- Entre 1991 y 2001 han descendido las tasas de mortalidad específicas por edad en todos los grupos de edad y sexo excepto entre los varones de 45-54 años.

La **esperanza de Vida libre de Discapacidad (EVLD)** indica la probabilidad de vivir sin estar afectado por alguna discapacidad. Al nacer los hombres de Navarra presentan una EVLD similar a la mayoría de las CCAA del Estado. Las mujeres en cambio, con 74,8 años de EVLD, se sitúan entre las CCAA con mejores valores del indicador. A los 65 años, tanto los hombres como las mujeres presentan valores medio altos respecto a otras CCAA.

## PROBLEMAS DE SALUD ESPECÍFICOS

### Trastornos mentales

Un 9,2% de la población española tiene algún tipo de trastorno mental. En términos de gravedad, hay que señalar que sólo el 11% de estos trastornos son considerados graves, y un 33% de carácter moderado, más de la mitad de los trastornos detectados en el estudio son de carácter leve.

En Navarra, el 9,5% de las mujeres y el 5,2% de los hombres manifiestan sufrir situaciones de ansiedad o depresión. Esta prevalencia no se modifica de forma notable con la edad. El 11% de las deficiencias presentes en la población discapacitada mayor de 65 años son de origen mental. (INE-EDDES).

Las patologías más frecuentes entre los pacientes ingresado en hospitales son los trastornos esquizofrénicos, 24,3% del total, y las psicosis afectivas, 19,5%. Entre los pacientes esquizofrénicos ingresados, un tercio de los pacientes generan dos tercios de las hospitalizaciones. En los últimos 5 años, el promedio de ingresos de los pacientes con trastorno esquizofrénico que han ingresado más de una vez, ha sido de 3,2. Existe un

déficit de camas complementarias a las de agudos para este tipo de enfermos que requieren media y larga estancia.

### **Enfermedades neurodegenerativas**

En el año 2003, se estima que entre 7.500 y 10.500 personas mayores de 70 años sufren demencia en Navarra y otras 1.070 personas la enfermedad de Parkinson.

Es de destacar la considerable carga de cuidados que deben soportar las familias y en especial las cuidadoras directas. El 85% de la población afectada por demencias está cuidada por la familia. La situación de gran dependencia afecta al 25% del total de personas enfermas con Alzheimer. Se estima que los costes de los cuidados informales representan entre el 70-80% de los costes totales.

Sigue en vigor el diagnóstico que se realizó en su día para la elaboración del "Plan de Salud 2001-2005", donde se recogían una serie de propuestas de objetivos estratégicos y de intervención para las enfermedades neurodegenerativas, que garantizaran la continuidad de cuidados en el proceso asistencial personalizado, tanto a nivel de atención primaria como especializada, desde el diagnóstico temprano hasta la atención sociosanitaria.

### **Enfermedades cardiovasculares**

Las circunstancias que motivaron la selección de este grupo de enfermedades como una de las prioridades del Plan de Salud Navarra 2001-2005 se mantienen vigentes en la actualidad, su alta incidencia, prevalencia, mortalidad, mortalidad prematura, años potenciales de vida perdidos, incapacidad e impacto social. Y esto es cierto a pesar de la disminución de la mortalidad y de los años potenciales de vida perdidos por estas enfermedades en los últimos 10 años.

Las tasas de mortalidad por estas enfermedades están por debajo de la media de España y de la Unión Europea. Durante la década de los 90 ha continuado descendiendo la mortalidad por isquemia cardiaca, enfermedades cerebrovasculares e insuficiencia cardiaca. La mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares ha disminuido de manera muy considerable mientras que la de la isquemia cardiaca sólo ha descendido en mujeres.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, continuando su tendencia descendente, han pasado a ser el segundo grupo de patología más frecuente en los hombres. En las mujeres, también con tendencia descendente, todavía siguen siendo la primera causa de muerte. En cambio, la tendencia de las tasas de frecuentación hospitalaria por estas enfermedades va en aumento en los últimos años. Se puede deducir que la tendencia

favorable de la mortalidad es debido a la mejora de la asistencia habida a lo largo de estos años.

La disminución del consumo de tabaco, la detección y el control de otros factores de riesgo y la mejora del proceso de atención clínica a estos enfermos y su atención temprana parecen ser las intervenciones más eficaces y efectivas para reducir la mortalidad.

La creación del registro de infarto de miocardio, la reciente puesta en marcha de la Unidad de Ictus en el Hospital de Navarra y el estudio poblacional sobre enfermedades cardiovasculares que se está realizando actualmente son mejoras que sobre este grupo de enfermedades se han introducido recientemente.

### **Enfermedades oncológicas**

Exceptuando el tumor de piel no-melanoma, a principios de los 80 se diagnosticaban aproximadamente 1.400 cánceres nuevos por año y a finales de la década de los 90, la cifra fue de 2.500 cánceres anuales.

**Cambios en la mortalidad**, en el período 1997-2001, respecto al período 1991-96:

En los hombres se ha producido un descenso del 4,9% en la tasa de mortalidad por esta causa en los últimos años. La tasa de mortalidad por cáncer de los varones de Navarra es un 4% más baja que la de España. En las mujeres, la tasa de mortalidad muestra un descenso del 5,2%. Las tasas de mortalidad de Navarra y de España son similares. Se constata un descenso de las tasas de mortalidad para la mayoría de las localizaciones tumorales del aparato digestivo excepto para el cáncer de páncreas.

**Cambios en la incidencia**, en el período 1998-2000, respecto al quinquenio 1993-97:

En los hombres, la incidencia global de cáncer ha aumentado un 4,2%. A pesar del pequeño incremento observado en el cáncer de pulmón, el conjunto de los tumores relacionados con el hábito tabáquico (cavidad oral y faringe, esófago, laringe, pulmón -244 casos año- vejiga y páncreas) se ha estabilizado respecto al quinquenio anterior y continúa descendiendo la incidencia del cáncer de estómago. Aumentan su incidencia el cáncer de próstata (298 casos/año), melanoma, linfomas no Hodgkin y los cánceres de riñón.

En las mujeres, se ha observado un incremento de la tasa de incidencia del 7,4%. El conjunto de los tumores relacionados con el hábito tabáquico ha experimentado un ligero aumento. Han aumentado las tasas de cánceres de tiroides, ovario y mama (287 casos año) en este período.

**Cáncer de pulmón.** Fuerte incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón (26 casos/año) entre las **mujeres** (incremento del 43% en la tasa de mortalidad y del 62% en la mortalidad prematura) que señala el co-

mienzo de la epidemia de cáncer de pulmón entre las mujeres de Navarra. Aumento de la mortalidad total (201 casos/año) y de la mortalidad prematura por cáncer de pulmón en los **hombres** de Navarra, con incrementos de 2,6% en mortalidad y de 5,2% en la tasa de APVP (Años Potenciales de vida Perdidos) entre períodos.

**Cáncer de mama.** La mortalidad total y mortalidad prematura por **cáncer de mama** que hasta mediados de los 90 presentaba una tendencia ascendente muestra un cambio de tendencia a finales de la década. La mortalidad por cáncer de mama (78 casos/año) descendió un 20,2% entre períodos. La supervivencia relativa a los 5 años del diagnóstico ha mejorado del 71,2% al 81,5%, presumiblemente en relación con el desarrollo del Programa de Detección Precoz. La incidencia continúa aumentando, al igual que lo constatado en los países con programas en expansión de detección precoz.

Tanto desde el análisis de la incidencia como desde la mortalidad, las localizaciones tumorales en pulmón, próstata y colorrectal en los hombres y en mama, y colorrectal en mujeres son las más frecuentes. Deberían desarrollarse de forma singularizada, al menos en estas localizaciones, las correspondientes estrategias para la prevención y asistencia integral de los pacientes (Planificación de proceso – Oncogúa operativa).

A la vista del descenso de la mortalidad para el conjunto de cánceres, a pesar del incremento de la incidencia, viene a poner de manifiesto la efectividad de la aplicación de la detección precoz y de la asistencia clínica prestada. De esta consideración debe exceptuarse al cáncer de pulmón.

### Accidentes

Descenso de la mortalidad por **causas externas** en las **mujeres** de Navarra, incrementándose la mortalidad diferencial por estas causas respecto a los varones. Por el contrario, alta tasa de mortalidad por **causas externas en varones** que no ha descendido en los últimos años

Se ha observado en los últimos años un descenso en la accidentalidad laboral y vial, pero aún así, la incidencia continúa siendo muy alta. No se dispone de suficientes datos objetivos respecto a otros tipos de accidentes, especialmente los domésticos y de ocio.

Cerca del 3% de las empresas de Navarra concentran el 50% de los accidentes de trabajo. En Navarra, al igual que en España, el sector de la construcción, es con gran diferencia el sector con mayor índice de incidencia de accidentes de trabajo, casi doblando a lo observado en el sector industrial.

La mortalidad por accidente de tráfico en Navarra, tanto en hombres como en mujeres supera a la media europea y duplica a lo observado

en Noruega o Suecia. Además la tasa en los hombres no se ha modificado en el último quinquenio respecto al anterior.

### **Enfermedades infecciosas**

La evolución seguida por las enfermedades infecciosas en Navarra en el último decenio ha sido muy favorable.

Las **enfermedades evitables por vacunación**, según lo previsto, casi no se dan en la Comunidad, salvo la parotiditis y la tosferina. La gripe presenta importantes variaciones anuales en su incidencia.

Las **enfermedades de transmisión sexual**, tales como la gonococia y la sífilis siguen mostrando una constante tendencia al alza, si bien con bajo número de casos.

Los casos de **legionelosis**, tras años de incremento hasta el año 2002, cuando se declararon 70 casos, descendieron a 22 en 2003.

Continúa bajando la tasa de **tuberculosis** en Navarra. Respecto a la incidencia en los países del entorno europeo nuestras tasas son todavía elevadas. La proporción de casos de origen inmigrante representó el 21% en 2003.

Entre los **brotos epidémicos** estudiados, las toxoinfecciones alimentarias siguen siendo las más frecuentes, si bien han disminuido respecto a la situación de hace 10 años y además afectan a menos personas, al tener carácter familiar.

**Infección por VIH y SIDA.** En el año 2003 se declararon 17 casos de SIDA. En el período 1985-2003 se han declarado en total en Navarra 768 casos de SIDA, el 69,7% de los casos relacionados con el uso de material compartido de inyección. El descenso de la mortalidad por **SIDA**, por los tratamientos antirretrovirales más eficaces, ha incidido de manera significativa en las tasas de mortalidad de los jóvenes de 25-35 años.

La infección por VIH presentó en 2003 la incidencia más baja desde 1985 con 24 casos, entre estos, la categoría de riesgo de transmisión heterosexual superó a la de uso compartido de material de inyección. En el período 1985-2003 se han declarado en Navarra 1.574 casos de infección por el VIH.

### **Diabetes**

La tasa de mortalidad por diabetes ha disminuido en Navarra entre los hombres (un 11,7%) y sobre todo entre las mujeres (25,8%) comparando los períodos 1997-2001 y 1991-96.

De las evaluaciones bienales que se realizan sobre la atención dada a los pacientes tratados en atención primaria, se deduce que la atención de los diabéticos es buena en lo referente a: control de glucemia y del

colesterol, así como de la población fumadora. Por el contrario, resulta necesario mejorar: la realización de exámenes de fondo de ojo, la vigilancia de la circulación en las extremidades inferiores y el control de la tensión arterial. El 31% de los diabéticos de Navarra siguen tratamiento exclusivamente dietético, frente al 24% en España.

### **Hipoacusia en recién nacidos**

La cobertura alcanzada para la realización de la primera exploración auditiva alcanza el 99,4% de los recién nacidos, lo que permite presumir una buena captación de los problemas auditivos. El nivel de detección se corresponde con las previsiones iniciales y con la literatura científica; 153 hipoacusias detectadas en algo más de 4 años. Del seguimiento realizado a las personas con dificultades auditivas por parte de las instituciones implicadas podemos concluir que el nivel de integración social alcanzado es satisfactorio.

### **Salud bucodental**

Desde el primer estudio realizado en 1987 al último de 2002, se constata una evolución muy favorable. Hoy en día la mitad de la población a los 14 años no tiene caries, mientras que en 1987 era el 16,6% y el número de caries en ese periodo se ha reducido casi a una tercera parte. También ha mejorado la funcionalidad de las bocas de nuestros jóvenes ya que en ese periodo el porcentaje de dientes careados que se han restaurado con empaste ha pasado del 38,9% al 78,7%.

### **Anomalías congénitas y enfermedades hereditarias**

La incidencia de Síndrome de Down en Navarra en los 9 años de desarrollo del programa respecto a los 9 años anteriores a su existencia ha pasado de 15,5 a 12,2 casos por cada 10.000 recién nacidos. El hipotiroidismo congénito se detecta con la frecuencia esperada (1 cada 3.825 recién nacidos), no así la fenilcetonuria, de la que no se detectan casos con la frecuencia esperada. Para valorar el resto de anomalías congénitas es necesario formalizar el registro.

Desde 1995 la cobertura del diagnóstico prenatal ha ido aumentando hasta alcanzar el 65% en las mujeres embarazadas mayores de 35 años y el 68% en las embarazadas de menos de 35 años de edad.

### **Patología respiratoria. Asma**

La mortalidad por patología respiratoria permanece estable en el último decenio y ocupa el tercer lugar entre las principales causas de muerte.

En los estudios en población infantil realizados en el ámbito del Estado, Navarra presentaba prevalencias bajas de sintomatología asmática, entre las comunidades estudiadas. El asma representa el 38% de los diagnósticos que se realizan a los nuevos pacientes en la consulta de Alergología, el 52% en los menores de 14 años.

### **Otros daños laborales y enfermedades profesionales**

El actual cuadro de enfermedades profesionales reconocidas es obsoleto y poco útil, por lo que resulta necesaria su actualización.

Navarra tiene un nivel de declaración de enfermedades profesionales más creíble que el del conjunto del Estado pero sigue latente una importante subnotificación, sobre todo respecto a ciertas patologías graves (procesos oncológicos, afecciones respiratorias de posible origen laboral...).

Navarra cuenta con un sistema de detección de problemas de salud relacionados con el trabajo (sucesos centinelas), que no tienen la calificación legal de contingencia profesional o que no han sido declarados por otras vías. A pesar de la actuación pionera de la Comunidad Foral siguen siendo limitados el tipo y cantidad de patologías detectadas y el número de profesionales participantes.

### **Patología osteomuscular**

Las deficiencias osteoarticulares son la primera causa de discapacidad en la población navarra en mayores de 65 años. En concreto, a ellas se deben más de la cuarta parte de las discapacidades registradas.

Considerable carga de la enfermedad:

- El conjunto de enfermedades del aparato locomotor representa el 12,1% de los **episodios atendidos en los servicios de atención primaria** de Navarra, ocupando el segundo lugar entre los grupos de patología más frecuentes y el 18% de las **hospitalizaciones** del año 2003 en los hospitales del SNS-O.
- Entre las enfermedades profesionales declaradas en 2001, las enfermedades musculoesqueléticas (E05 y E06) dieron lugar al 91,4% de las jornadas perdidas por **incapacidad temporal**.

No se dispone de información sistematizada sobre prevalencia e impacto de la patología osteomuscular en población general, no ocupada.



## **EL DERECHO A LA SALUD**



## **LA SATISFACCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA SANITARIO COMO EXPRESIÓN DE LOS VALORES ÉTICOS Y SOCIALES**

*José Javier Viñes Rueda<sup>1</sup>, María José Lezaun Larumbe<sup>2</sup>,  
María Teresa González Herraiz<sup>3</sup>*

### **LOS VALORES EN LA SOCIEDAD OCCIDENTAL Y EUROPEA**

El Sistema Sanitario en España está definido en la Ley General de Sanidad de 1986 como un Sistema Nacional de Salud, que es suma a su vez, de los Servicios Regionales de Salud de las Comunidades Autónomas, que están amparados en su desarrollo y estructuración por los correspondientes Estatutos de las Comunidades Autónomas. Presenta como denominador común e irrenunciable, el ser un sistema de carácter universal para todos los ciudadanos y de financiación pública a cargo de los presupuestos generales del Estado o de las Comunidades Autónomas. Ello conduce indefectiblemente, a la consolidación del acceso al derecho a la protección de la salud para todas las personas en cuanto ciudadanos, y obliga a que el desarrollo normativo de las Comunidades Autónomas y sus servicios sanitarios regionales acojan a la totalidad de los ciudadanos de sus Comunidades Autónomas y además den correspondencia al resto de los ciudadanos españoles de las diversas Comunidades Autónomas, bajo el principio de la solidaridad interregional.

Por lo que se refiere a Navarra la reintegración foral plena en materia de asistencia sanitaria en la Ley de Amejoramiento de 1982, ha dado como consecuencia el asumir las anteriores responsabilidades del Estado, no sólo en prestar servicios descentralizados sino además en la satisfacción del derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos (Universalidad) en el ámbito de su competencia territorial, a lo que se añade dada su autonomía fiscal, el asumir además la plena financiación de los servicios sanitarios, tanto administrativos, como de salud pública, y de asistencia sanitaria;

- 
1. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios.
  2. Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información.
  3. Servicio de Asistencia Sanitaria.

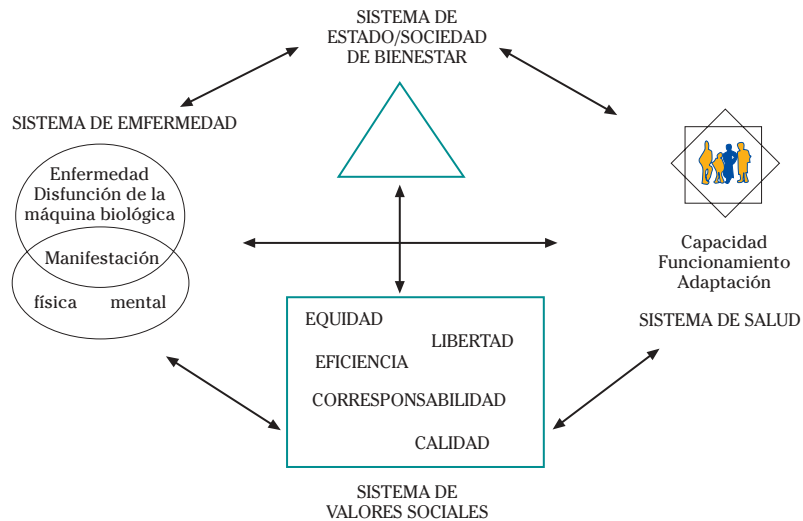
y todo ello atendiendo a los campos de la recuperación, de la protección y promoción de la salud, y de la prevención de las enfermedades.

Durante el decenio que analizamos en el presente Diagnóstico de Salud, el Sistema Sanitario de Navarra ha ido avanzando en la universalización con el reconocimiento tanto del derecho a la protección de la salud, como de la disponibilidad y oferta de las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos, y por ello resulta de todo punto procedente en el Diagnóstico de Salud que se lleva a cabo, el análisis del grado de desarrollo de las competencias asumidas por el Gobierno de Navarra, en relación con las obligaciones contraídas con los ciudadanos de Navarra.

Todo sistema sanitario se configura de acuerdo a los valores que la sociedad le induce y que se desarrollan desde los poderes públicos, de acuerdo al contexto social y político en el que se desenvuelven. En nuestro caso como en gran parte de los países europeos, nos desenvolvemos en la sociedad del Estado de Bienestar, entendiendo por tal la intervención social sobre los recursos públicos y privados para mejorar la condición y calidad de vida de los ciudadanos, tal como lo expresa Vicente Navarro. El Estado de Bienestar se basa en la transferencia de bienes, entendida como solidaridad, si bien esta solidaridad es obligada, y se manifiesta en los diferentes sistemas de Seguridad Social y a través de los impuestos progresivos, o de ambos simultáneamente, con el fin de ofertar desde el Estado servicios de sanidad, de educación, servicios sociales, prestaciones económicas (pensiones, paro o desvalidos) y de protección al desempleo, teniendo como horizonte la Universalidad. Es así que la sanidad es uno de sus pilares que tiene como meta el derecho a disponer del mayor grado de atenciones sanitarias posibles, entendiendo la posibilidad, tanto en términos económicos como políticos y organizativos.

Este Estado de Bienestar parte del principio de la universalidad, sobreentendida para todos los ciudadanos, y en la aplicación de este principio de universalidad, no vale cualquier meta sino que como metas finalistas se encuentran los valores en progresivo incremento que la sociedad va exigiendo que se introduzcan en el sistema sanitario, entendiendo que estos valores cumplen con el compromiso moral de las obligaciones que el propio Estado se ha impuesto, tanto en el sistema para atender a la enfermedad, como en el sistema de atención a la salud, dos sistemas diferenciados, pero inseparables. (Figura 1)

Aceptada la universalidad del derecho a la protección de la salud, alrededor de los años 1990-95 los valores que la sociedad exigía al Sistema Sanitario eran: **la equidad** entendida como la igualdad en el acceso a los servicios para la misma necesidad y para todos los ciudadanos; **la libertad**, lo que requiere la capacidad de discernir y disponer de información y conocimientos suficientes para ejercer la libertad; y **la eficiencia**, entendiendo como la mejor utilización de los recursos para la satisfacción de las demandas individuales y colectivas de derecho a la salud.



**Figura 1.** Sistemas concurrentes que orientan el derecho a la protección de la salud.

Fuente: Elaboración propia.

A partir del año 2000 se ha ido incorporando en la implementación del sistema nuevas exigencias emergentes centradas en la **calidad** y la **corresponsabilidad** tanto en el diseño, en el desarrollo y en el resultado del proceso asistencial, apareciendo el ciudadano, no el enfermo, como la centralidad de las acciones del sistema sanitario.

Es por ello que el análisis diagnóstico del sistema sanitario, requiere conocer el grado de desarrollo de la equidad, la libertad, la eficiencia como valores principales, y de la calidad y la corresponsabilidad como nuevas orientaciones para un sistema centrado en las exigencias de los ciudadanos. Medir estos parámetros no es fácil; pues si pueden tener una aproximación en las disposiciones normativas, el cumplimiento de las mismas no es solo responsabilidad de los legisladores, sino de la exigencia de los propios ciudadanos, y del cumplimiento de los actores del sistema sanitario (gestores, directivos, profesionales y sector económico) y de la voluntad política de los responsables públicos.

## LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LAS PRESTACIONES

La equidad requiere previamente la universalidad del reconocimiento legal del derecho y se expresa por la gestión del derecho, el nivel de la cobertura, y el acceso a los servicios sanitarios de los ciudadanos.

El derecho a la protección de la salud, resulta más mensurable que otros valores ya que se trata por un lado de la constatación de las normas de derecho positivo y el análisis del grado en que se impulsan desde la administración la satisfacción de tales derechos.

Pero por otro lado la satisfacción del derecho tiene otros indicadores que pueden medirse por el esfuerzo que se realiza a través del gasto sanitario; y finalmente puede medirse también por el grado de satisfacción o de insatisfacción que el receptor de las prestaciones manifiesta. Analizaremos en consecuencia a continuación:

- El derecho a la protección de la salud.
- Las modalidades del reconocimiento del derecho a la Salud: Seguridad Social *versus* Sistema Nacional de Salud.
- El reconocimiento de hecho a la protección a la salud; grado de cobertura, servicios y prestaciones.
- La gestión del reconocimiento del derecho.
- La mejora de los derechos individuales en Navarra.

### **El derecho a la protección de la salud en Navarra**

Como consecuencia de la garantía legal de los derechos reconocidos y de la dotación económica que se asigne al sistema sanitario, surgen las prestaciones ofertadas a los ciudadanos, en definitiva la cobertura sanitaria. Estas prestaciones deben considerarse con un doble enfoque: por un lado las prestaciones básicas obligatorias en el Sistema Nacional de Salud y aquellas otras que la Comunidad de Navarra se haya comprometido como mejoras en la cobertura sanitaria de sus ciudadanos.

La Ley Foral 10/1990 de Salud diseña un modelo universal de tal manera que en el Art. 3º.1, y de acuerdo a la redacción dada a dicho artículo en la Ley Foral 2/2000 de 25 de Mayo, garantiza la universalidad en los siguientes términos:

“La asistencia sanitaria pública dentro del territorio de la Comunidad Foral se extenderá a todos los ciudadanos y ciudadanas residentes en cualquiera de los municipios de Navarra, con independencia de su situación legal o administrativa”. En estos términos el Sistema Sanitario de Navarra queda obligado a extender la asistencia sanitaria y en consecuencia el derecho a los ciudadanos, definidos éstos, como los residentes en cualquier municipio, esto es, los empadronados. Se aparta de esta manera del reconocimiento de la asistencia sanitaria por régimen de aseguramiento de cualquier tipo o carácter, voluntario u obligatorio, y al margen de la condición de asalariamiento o de régimen contractual característico de los regímenes de Seguridad Social estatales y de los seguros privados; y al margen también de la posición económica o actividad laboral. El documento de identificación personal DNI, pasaporte o NIE (documento de identifica-

ción de extranjeros “legalmente establecidos”) y el empadronamiento, y sólo ello, avalan y es exigible para el reconocimiento del derecho, según la legislación foral.

El valor de la universalidad se cumple, y la definición de la Ley Foral de Salud, tampoco hace distinción al régimen laboral o no, ni al régimen de nacionalidad con lo que acoge a todos los ciudadanos naturales o no de la Comunidad Navarra, y en consecuencia a los inmigrantes que hayan sido objeto de empadronamiento sin exigir tiempo de carencia para exigir el derecho pleno. El coartar este derecho no solo sería incumplir la norma legal, sino el valor de la universalidad que la sustenta.

La universalidad de la protección de la salud es muy reciente, ya que parte de la Constitución Española de 1978 y de la Ley General de Sanidad de 1986, transformando un régimen de asistencia sanitaria limitada a los trabajadores y sus beneficiarios, a un régimen de universalidad; donde todos los individuos, trabajadores o no, población activa o pasiva, tienen la misma consideración, lo que requiere una aplicación progresiva no tanto por el cambio cuantitativo que supone, sino por el cambio cualitativo y conceptual necesario tanto, en los ciudadanos, como en las personas que hayan de aplicar tal derecho (funcionarios públicos de la Seguridad Social y de la Administración Foral), debiendo reconocerse que la transformación es un proceso lento.

Todavía los ciudadanos, los profesionales, los gestores y los organizadores siguen haciendo referencia a los derechos y prestaciones de la Seguridad Social; de las recetas de la Seguridad Social; de la financiación de la Seguridad Social; de las prestaciones complementarias de la Seguridad Social; cuando la Seguridad Social sólo presta asistencia sanitaria en caso de pertenecer a algún Régimen Especial que la contempla y en caso de que se derive de contingencias profesionales: Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales, seguro escolar, correspondencias con el extranjero, no habiendo calado todavía en los actores del sistema sanitario (políticos, gestores, profesionales sanitarios y sector de economía de la salud) ni en los ciudadanos, que el Sistema Sanitario de Navarra es de exclusiva financiación pública por los presupuestos generales de Navarra dispuestos por el Parlamento y aplicados por la Hacienda Foral, sin intervención de las instituciones, organizaciones y funcionarios de la Seguridad Social; y que debe acoger a todos los residentes en Navarra sin distinción. La inercia del paso de un Sistema de Seguridad Social al régimen de universalización del derecho de todos los ciudadanos en igualdad, dura demasiado tiempo y trae como consecuencia desviaciones inadecuadas en el reconocimiento del derecho. Las bases legales en las que se sustenta el derecho a la salud universal con financiación pública son amplias y reiterativas respecto a la condición de ciudadano, siendo inequívoca al respecto la más reciente la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, del año 2003. (Anexo, Tabla 1).

Del análisis de la normativa recogida en el Anexo se desprende el reconocimiento del derecho universal de los ciudadanos a la protección a la salud, garantizados desde el Estado, o sea desde las Comunidades Autónomas en cuanto son Estado, que disponen de transferencias de competencias plenas en sanidad interior. Sólo una línea de un Real Decreto de 1996, superado por leyes posteriores, hace referencia “al reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria desde el INSS” para los afiliados a la Seguridad Social. En consecuencia: ¿existe una asistencia sanitaria con cargo a las Seguridad Social? ¿Cuál es hoy la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en sentido estricto? ¿Quién reconoce el derecho a los no acogidos a la Seguridad Social?

Puede entenderse que sí existe una asistencia sanitaria con cargo a la Seguridad Social, y en tal caso lo es:

- La asistencia a los Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales gestionada por las mutuas como entidades colaboradoras.
- La asistencia que se presta a nivel internacional, europeo fundamentalmente, en los países con los que España tiene suscritos convenios correspondientes con sus regímenes de Seguridad Social, tanto para asistencia sanitaria urgente como programada, cuya competencia es exclusiva del I.N.S.S. También el I.N.S.S. corre con los gastos derivados de la asistencia sanitaria de los ciudadanos europeos o de países con convenio bilateral de asistencia sanitaria que estén y/o residan en España (pensionistas, tratamientos concretos...).

Los centros transferidos desde el extinguido INSALUD a las CCAA son patrimonio de la Seguridad Social, pero no la función ni el reconocimiento del derecho de los ciudadanos, que es función del Estado (CCAA); ni las prestaciones que son a cargo del Sistema Nacional de Salud, (Servicios Regionales de Salud) corresponden a la Seguridad Social.

### **Modalidad de reconocimiento del derecho a la salud: Seguridad Social versus Sistema Nacional de Salud**

Es evidente que el cumplimiento del Art. 3º.1 de la Ley Foral de Salud como consecuencia de la Ley General de Sanidad de 1986 aplicada en Navarra, exige que el reconocimiento del derecho a recibir los servicios sanitarios en las contingencias de enfermedad común, maternidad y accidente no laboral, debe satisfacerse y cumplimentarse única y exclusivamente por funcionarios del Sistema Sanitario de Navarra, sin más requisito que la acreditación individual de la residencia en algún municipio de Navarra, no existiendo las figuras diferenciadas de derecho a la asistencia de los titulares y de los beneficiarios. El mantenimiento del reconocimiento del derecho a la asistencia o la concesión del derecho, por regímenes de aseguramiento conculca gravemente el derecho de los ciudadanos y las competencias de



Navarra. En consecuencia el documento acreditativo, esto es la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) no requiere hacer referencia a situaciones aseguradoras ya obsoletas para la asistencia sanitaria, ni la dependencia familiar del beneficiario del titular, ni los ingresos económicos (I.R.P.F.).

La universalidad del derecho a la salud es verdad que puede también alcanzarse por una suma de diferentes regímenes aseguradores que puedan alcanzar a todos y cada uno de los ciudadanos, pero en cada uno de esos regímenes, los niveles de prestaciones pueden ser diferentes incumpliendo la equidad. En Navarra la práctica totalidad de sus ciudadanos (96%) tiene cobertura de asistencia sanitaria pública reconocida, pero no a todas las personas se les reconoce, acceden y reciben la asistencia de forma igualitaria y equitativa, ya que el reconocimiento del derecho se continúa realizando por distintas administraciones y con diferentes prestaciones, obligaciones y derechos individuales. Todo ello, consecuencia de cuando la asistencia sanitaria se realizaba por regímenes públicos aseguradores, bien de Seguridad Social (régimen general o especiales), o asimilados, como son los regímenes mutualistas de MUFACE, MUGEJU, ISFAS o situaciones como el de las empresas colaboradoras de la SS, o el aseguramiento “de personas sin recursos económicos suficientes”, o de los convenios de colectivos profesionales; llegando incluso a mantenerse pequeños colectivos sin cobertura sanitaria pública que ha de acogerse a regímenes privados o al Régimen de universalización de la asistencia del Departamento de Salud (Decreto Foral 640/1996 de 18 de Noviembre), quedando todavía al final personas desprotegidas de todo derecho.

Pero éste no debería ser ya el caso del Sistema Sanitario de Navarra, que desde la Ley de Acompañamiento a la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1999 es de exclusiva financiación pública foral por lo que debe disponer de una única entidad de reconocimiento del derecho que es el Gobierno de Navarra y una única financiación presupuestaria, lo que significa la desaparición de la obligación de pertenecer a diferentes regímenes aseguradores según la empresa contratadora; y que al reconocer de manera igualitaria a las personas, obliga también a la igualdad de las prestaciones que va a permitir el cumplimiento de la equidad. Una vez que el reconocimiento del derecho es universal y público, los regímenes aseguradores considerados hasta el presente como obligatorios, deberían considerarse voluntarios y complementarios.

### **Del régimen de asistencia sanitaria de la Seguridad Social al régimen de la asistencia en el Sistema Nacional de Salud**

Este cambio fundamental en el reconocimiento del derecho a la salud se produce en la última década de acuerdo al proceso que se describe a continuación. Con carácter general en la asistencia sanitaria pública existen tres vías conceptuales de acceso al derecho a la protección a la salud de los individuos: la persona en cuanto forma parte de una Sociedad, es **súbdito** de un

poder público que se beneficia desde los inicios del siglo XIX de ser protegido en caso de los infortunios no previsibles, como la pobreza, las epidemias o las catástrofes. Es una protección despersonalizada, global y colectiva que otorga el estado ilustrado y gendarme que se prorroga hasta mediados del siglo XX; en segundo lugar la persona en cuanto **trabajador** ligado a un bien económico en tanto que es sujeto de un sistema de producción, y sólo de este modo es sujeto de derechos (titular). Se margina a tal derecho a quien no produce riqueza, y categoriza el derecho según el grado de contribución a la producción (Regímenes generales y especiales). Ello caracteriza a los sistemas de seguros sociales y en consecuencia a la cobertura del derecho en los Regímenes de la Seguridad Social que ha presidido hasta los años noventa; y finalmente la tercera vía de reconocimiento del derecho de la persona como **ciudadano** protegido individualmente por un poder público, caracterizado por su situación de residente de una comunidad administrativa o política, como es, la residencia o empadronamiento en un municipio y por extensión a una Comunidad Política (región o nación), acceso que corresponde a los sistemas sanitarios públicos, como es en la actualidad el Sistema Sanitario de Navarra comprendido en el Sistema Nacional de Salud.

Esta última caracterización es reciente, habiendo evolucionado en España desde un régimen de Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942, limitado a trabajadores “necesitados” y luego a una generalización en un Régimen de Seguridad Social limitado a los trabajadores por cuenta ajena en modelo productivo industrial (1963), hasta un Sistema Nacional de Salud sustituto del anterior, diseñado en la Ley General de Sanidad de 1986, hacia la financiación exclusivamente por la Hacienda Pública, lo que desde el punto de vista financiero se ha hecho efectivo en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1999, en cuyo año la Seguridad Social se retira de la financiación de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, y se lleva a cabo “exclusivamente” a través de los impuestos públicos, lo que iguala a TODOS en derechos en las prestaciones sanitarias. Se consolida así el principio de justicia y solidaridad de acuerdo a las posibilidades económicas públicas a través de los impuestos progresivos, que obliga y caracteriza la universalidad en la protección del derecho y caracteriza a la equidad en el acceso a los servicios según la necesidad de salud, y no en cuanto a los recursos derivados de la producción laboral y de pleno empleo.

### **El reconocimiento de hecho a la protección a la salud**

El proceso del paso de un régimen de acceso de Seguridad Social al de un Sistema Nacional de Salud universal que hemos descrito no se ha producido en el reconocimiento universal del derecho a la salud y a la igualdad en los niveles de prestaciones, que sigue concediendo el derecho a la asistencia según se pertenezca a diversas situaciones laborales y contractuales, como si nada hubiera cambiado, manteniéndose en la práctica las debilidades características del régimen de Seguridad Social

con ausencia de universalización y de equidad para todos los ciudadanos. Genera además inequidades en cuanto al reconocimiento de las prestaciones para las personas-ciudadanos, con el mismo derecho; y obliga a mantener cotizaciones económicas obligatorias con finalidad sanitaria, a personas y colectivos no acogidos a la Seguridad Social para sus prestaciones sociales; en tanto que las acogidas laboralmente al régimen de Seguridad Social obtienen el máximo reconocimiento en asistencia sanitaria, aunque no aportan nada económicamente para ello. Es decir, en la práctica la gran mayoría de ciudadanos sin cotizar nada para la asistencia sanitaria por cuotas o pólizas, reciben el máximo de prestaciones posibles reconocidas, en tanto que una menor parte de ciudadanos, están obligados a pagar un plus por la asistencia sanitaria y reciben menos prestaciones.

La exigencia en el Sistema Nacional de Salud para el reconocimiento de las prestaciones plenas (definidas en el Real Decreto de 25 de Enero de 1995), de ostentar la condición de trabajador (Régimen General de la Seguridad Social) o estar acogido a los regímenes especiales de aseguramiento de la Seguridad Social, es contrario a la contundente legislación nacional y foral; y aunque alcanza a la mayoría de los ciudadanos, (96% de los navarros que tienen reconocido el derecho), coexiste con otras situaciones minoritarias que han de pagar un plus para acceder a la asistencia, e incluso con colectivos excluidos de la asistencia sanitaria (Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de la población con derecho "reconocido" a la asistencia sanitaria pública por colectivos de derecho (2003).

Colectivos de derecho	Personas	%
Trabajadores activos acogidos a la Seguridad Social*	409.813	71,40
Farmacia gratuita pensionistas acogidos a S.S. con farmacia gratuita	135.304	23,67
Entidades Colaboradoras de la S.S.	5.377	0,94
Mutuas de Funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS	7.381	1,29
Socios de LAGUN-ARO	147	0,03
Religiosas de clausura (en la actualidad incluidas en A.S. del SNS)	417	0,07
D.F. 640/96-Universalización	3.452	0,60
Funcionarios Gobierno de Navarra, Uso Especial con atención primaria	4.216	0,73
Funcionarios Gobierno de Navarra, Uso Especial sin atención primaria	7.782	1,36
Total	573.889	100

\*Incluidos 38.159 inmigrantes y asistencia social.  
Fuente: Base de Datos Sanitaria del S.N.S.-O.

### Situaciones minoritarias

Existen en efecto colectivos a los que no se les reconoce los mismos derechos de prestaciones a pesar de ser igual de ciudadanos que los demás y estar en igualdad de derechos civiles. Son aquellos que tuvieron que generar sistemas aseguradores propios, porque la Seguridad Social (anterior INP y posterior INSS) no los acogía en su momento, al no ser colectivos incluidos en el Régimen General o especiales de la Seguridad Social. Son éstos: los funcionarios civiles del Estado; los funcionarios de corporaciones locales, en nuestro caso forales con sus regímenes de “uso normal y especial” de asistencia sanitaria; los trabajadores de las Empresas Colaboradoras de la Seguridad Social; los colectivos de profesiones liberales; los colectivos religiosos<sup>4</sup> y las personas con bienes y rentas propias.

La diferencia no es sólo el disponer de un régimen de prestaciones más limitado, sino que además siguen cotizando para que se les reconozca su derecho a la asistencia sanitaria, a través de descuentos obligatorios de los salarios o a través de convenios específicos con la Seguridad Social. Debe valorarse como una inequidad, ya que quien les da asistencia a través de su Tarjeta Individual Sanitaria diferenciada es el propio Servicio Navarro de Salud, sin tener en cuenta que ya contribuyen con sus impuestos y en consecuencia pagan dos veces por su derecho: por los impuestos y 69

por sus cotizaciones, ya que de éstas no se deriva financiación para la asistencia sanitaria pública, y de esta manera se paga dos veces por el servicio sanitario.

A estas debilidades que vienen arrastradas del Sistema de Seguridad Social se añade la desigualdad de trato con otros colectivos que han alcanzado su derecho pleno sin contribuir a la financiación. Son las personas sin recursos económicos suficientes, para los que no es exigible contribución alguna actual o pasada, y tienen el **derecho** reconocido en el Estado por Real Decreto 1088/89 y en Navarra por Decreto Foral 71/1991 de 21 de febrero sobre universalización de la asistencia sanitaria y por otro lado los inmigrantes “sin papeles” pero que han sido empadronados en Navarra son reconocidos por la Ley Foral 2/2000 de 25 de Mayo.

Estos colectivos, bien es verdad que minoritarios, alcanzan sólo el 4% de la población pero que cualitativamente adquieren importancia relevante, son los siguientes:

---

4. En relación con los colectivos religiosos, más concretamente los de clausura, la situación ha cambiado en 2005. Estaban obligados a cotizar por el Régimen Especial de Autónomos (RETA), aunque la cuota de la asistencia sanitaria “era asumida por la Conferencia Episcopal” –aproximadamente 73 euros al mes en 2004, según la cuota que se establecía por Orden Ministerial que se publicaba el mes de enero de cada año. 2005 es el primer año que los trabajadores del RETA no cotizan “extra” por ASISTENCIA SANITARIA, y entre ellos, los colectivos religiosos de clausura, que por tanto tendrán derecho a la asistencia sanitaria pública normal.

a) Los funcionarios del Estado residentes en Navarra u otras CC.AA, cuyas diferencias más importantes con respecto al Régimen General son:

- La cobertura se realiza a través de las Mutualidades del Estado (MUFACE, MUGEJU, ISFAS), cada una de ellas gestionadas por su correspondiente Ministerio. Los funcionarios tienen la opción de optar por la cobertura y prestación a través de una Compañía de Seguros Privada o por la Seguridad Social que no presta ni financia la asistencia sanitaria pero que tramita, acepta y reconoce el derecho, pero la prestación la realiza y financia el Servicio de Salud Regional. Dicha opción entre provisión pública o privada es reversible anualmente a principio de cada año.
- La financiación se produce vía cotizaciones obligatorias de los funcionarios y con aportaciones del Estado sin que revierta a los distintos servicios regionales de salud que son los que prestan asistencia, en nuestro caso el Servicio Navarro de Salud.
- Las prestaciones farmacéuticas son diferentes al régimen general y son financiadas por la mutualidad. La aportación del mutualista esté en activo o sea pensionista es del 30% del coste del medicamento.
- Tarjeta Sanitaria. La Tarjeta sanitaria es expedida exclusivamente a los mutualistas que eligen la modalidad “Seguridad Social”, que han ejercido la opción de asistencia sanitaria pública. Al resto el Servicio Navarro de Salud no les da TIS para acceso al Sistema público.
- Otra diferencia (inequidad) que se produce al comparar la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud con los funcionarios anteriormente citados es la compensación económica de determinadas prestaciones complementarias a la que la generalidad de la población no tiene acceso.

b) Los funcionarios de las corporaciones locales mantienen un régimen transitorio a través de la MUMPAL con un régimen que se asemeja al de las empresas colaboradoras. Los pensionistas están integrados en Régimen General a todos los efectos.

Este régimen transitorio tenía como objetivo principal permitir a los ayuntamientos absorber los costes de la integración de sus funcionarios en el régimen General de la Seguridad Social a todos los efectos eligiendo la modalidad de asistencia sanitaria a través de seguros privados, o a través de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud que es la modalidad más preferida.

c) Empresas colaboradoras en asistencia por enfermedad común y accidente no laboral.

La colaboración se realiza de forma voluntaria por las empresas, recibiendo una compensación económica regulada por la “Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, (BOE núm. 313 de 31-12-1997) Disposición transitoria sexta. Colaboración de las empresas en la gestión de la Seguridad Social”. La compensación económica es por el número de trabajadores protegidos como máximo el coste medio en el extinguido INSALUD de las prestaciones que cubre la Empresa colaboradora, con el fin de dar asistencia a sus propios trabajadores. Es difícil mantener esta situación máxime cuando el INSALUD ya no existe. La asistencia ambulatoria (primaria y generalmente especializada) se presta por los médicos del Servicio Navarro de Salud, planteándose problemas de adscripción tras la jerarquización de los mismos y entrando en colisión con la regulación sobre incompatibilidades del personal médico que trabaja en la empresa y en el Servicio Navarro de Salud.

La asistencia hospitalaria puede hacerse a través de recursos propios, de las empresas privadas o mediante convenio con la red hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. La mayoría de las empresas colaboradoras se van retirando, por falta de lógica y de contenido legal.

d) Acceso a la asistencia sanitaria pública de los colectivos ajenos a la Seguridad Social, por vía de convenios y conciertos.

Existen una serie de colectivos que tenían acceso a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (INSALUD) sin estar integrados en ningún régimen de Seguridad social. Este acceso se realiza a través de conciertos y convenios con financiación privada, parte de algunos de los colectivos siguientes: abogados, médicos, notarios, periodistas, procuradores, psicólogos, registradores, arquitectos (dependiendo del año de colegiación). Estos profesionales liberales podían recibir la asistencia sanitaria pública siempre y cuando su Colegio Profesional hubiera suscrito concierto para tales efectos, dependiendo por tanto en un principio de la decisión que tome su corporación al respecto. Por otra parte, y al margen de estos conciertos, se da en algunos profesionales liberales situaciones de doble cobertura sanitaria de forma obligatoria, cobertura a través del Sistema Público y a través de la Mutua Colegial. Actualmente, los profesionales colegiados después de 1995 y los que no accedieron por el sistema de colegiación que incluía la asistencia sanitaria privada tienen la posibilidad de acceso a la asistencia sanitaria pública mediante el Decreto Foral 640/96 sobre condiciones de acceso al régimen de universalización en Navarra, aportando la cantidad económica correspondiente.

La falta de reconocimiento universal y equitativo por parte del sistema público da lugar a estas situaciones y duplicaciones del pago.

### **La gestión del reconocimiento del derecho**

En este sentido no se ha avanzado en el último decenio suficientemente en la gestión del reconocimiento del derecho de carácter igual y equitativo a los residentes de Navarra en el sentido argüido, porque no han desaparecido los múltiples regímenes de aseguramiento descritos, heredados de una situación anterior a la Ley General de Sanidad, a la Ley Orgánica de Amejoramiento y Reintegración del Fuero de Navarra y a las propias transferencias de servicios desde el Estado y desde el INSALUD, máxime teniendo en cuenta que dada la plena responsabilidad en la asunción de competencias, no es cuestión menor el que la financiación del Sistema de Navarra, dada su autonomía fiscal, se realiza plenamente a través de los presupuestos generales de Navarra, en consecuencia de los impuestos recaudados por la Hacienda Foral, sin que el Estado ni la Seguridad Social transfiera fondos específicos a tal fin a Navarra. En consecuencia corresponde al Gobierno de Navarra el reconocimiento del derecho y el acceso a los servicios en equidad<sup>5</sup>.

### **Ciudadanos excluidos**

A pesar de la cobertura "universal" con sus lagunas en la equidad descritas, existen colectivos de importancia cualitativa, aunque su número sea muy reducido, a los que no se les reconoce por vía alguna el acceso a la asistencia sanitaria pública y no se les otorga la tarjeta individual sanitaria (TIS) documento de acceso a los servicios. Estas personas se encuentran integrados en las siguientes situaciones: los parados no perceptores de subsidios asistenciales de desempleo, que perciben rentas o recursos anuales superiores al salario mínimo interprofesional; las personas que no han trabajado nunca, pero disponen de recursos o rentas ligeramente superiores a las cuantías señaladas en el apartado anterior; las personas con alto nivel de ingresos, como pueden ser grandes propietarios, financieros, o grandes accionistas, cuyas actividades se han ceñido a la gestión y administración de su patrimonio o intereses; los españoles que ejercen libremente la profesión integrados en colegios profesionales, siempre que no pertenezcan a algún otro de los regímenes de la Seguridad Social o de Clases Pasivas; los extranjeros residentes en Navarra que no tengan derecho a la asistencia sanitaria pública porque posean recursos económicos suficientes y no tengan garantizada la cobertura por su país de origen en base a los Convenios Internacionales; los becarios cuya beca

---

5. Decreto Foral 45/2005, de 24 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Departamento de Salud. En su artículo 8 (Ámbito material de competencias de la Dirección General del Departamento de Salud) establece que "La Dirección General del Departamento de Salud ejercerá: .... El Reconocimiento del derecho a la cobertura asistencial pública". Su desarrollo resolverá este embrollado asunto.



no lleve consigo derecho a la asistencia sanitaria al alta en Seguridad Social<sup>6</sup>; los religiosos/as titulares del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA); los autónomos adscritos a convenios especiales con la Tesorería de la Seguridad Social, sin asistencia sanitaria; los beneficiarios de titulares de S.S. extranjeros y con permiso de residencia; los funcionarios públicos de Administraciones Autonómicas; los emigrantes retornados que perciben pensión de otro país distinto a España sin asistencia sanitaria concertada con la Seguridad Social; los emigrantes retornados de otros países que suscriben un convenio con la Tesorería para futura recepción de la prestación de jubilación.

Finalmente se produce el hecho de inexistencia en el caso de los beneficiarios de pensionistas y también de activos, generalmente cónyuges (amas de casa), que al llegar a la jubilación del titular, tuvieron los ahorros familiares de una vida laboral por legítimos motivos puestos a nombre del beneficiario, momento en que se le excluye después de haber tenido asistencia como beneficiario cuando el cónyuge titular estaba en activo, debido a que el cónyuge tiene rentas propias si éstas rebasan el salario mínimo anual. Los ciudadanos españoles no acogidos a la Seguridad Social, no tienen tampoco en sentido inverso reconocido el derecho a la asistencia en el extranjero. La tarjeta sanitaria europea (antes impreso E111) de la Seguridad Social para la asistencia en el extranjero no les acoge.

Como resumen puede asegurarse que el reconocimiento del derecho se viene realizando del mismo modo y manera como cuando la asistencia sanitaria la prestaba la Seguridad Social a través del INSALUD, a pesar de su no existencia y haber asumido el Servicio Navarro de Salud la asistencia sanitaria pública en Navarra con plenas competencias de organización, gestión y financiación. Como la gran mayoría de los trabajadores por cuenta propia o autónomos están acogidos a la Seguridad Social, el número de ciudadanos sin derecho reconocido no es aparente, pero se conculca el título competencial de Navarra y quedan perjudicados sectores de ciudadanos a los que se les obliga a una doble financiación: por pólizas o cuotas, y por impuestos.

#### *La asistencia sanitaria de la Seguridad Social*

Toda la avalancha de normativas legales que consagran el principio de la universalidad de la protección del derecho a la salud de manera equitativa por parte de los Gobiernos Central y Foral y de financiación pública,

---

6. Desde el año 2004 los becarios de investigación cuyos programas de investigación se encuentran inscritos en el Registro del Ministerio de Educación y Ciencia están obligados a causar alta en la Seguridad Social como Régimen General. Se considera empresa al organismo que concede la beca (R.D. 1326/2003 de 24 de Octubre) En tal caso el INSS procede a reconocer (¿) la asistencia sanitaria para que las comunidades les extiendan la TIS.



y después de haber constatado que la Seguridad Social se ha retirado de la cobertura sanitaria (transfiriendo todos sus servicios y personal) y haber dejado de financiarla, la inercia burocrática y una línea de 8 palabras contenida en el Artículo 1, 2ª del Real Decreto 2583/1996 de 13 de Diciembre sobre “estructura y funciones del INSS”, prevalecen en el trabajo administrativo del INSS y del Servicio Navarro de Salud para el reconocimiento del derecho de la asistencia de los ciudadanos frente a los valores, principios políticos, sociales y legales que venimos analizando. La frase dice: “El INSS ostenta el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria”.

Pero la pregunta es: ¿El INSS, la Seguridad Social da prestaciones de asistencia sanitaria?

En 1993 todavía mantenía la gestión del 45% de la asistencia sanitaria en el INSALUD para las contingencias de enfermedad común, maternidad y accidente no laboral y todavía financiaba el 20% de la asistencia sanitaria del INSALUD y por tanto de los Servicios Regionales transferidos; pero hoy en día esto ya no existe. Sin embargo puede entenderse como asistencia sanitaria de la Seguridad Social las **contingencias** derivadas por exposiciones de riesgo singulares que se sostienen por cotizaciones específicas distintas a la enfermedad común, la maternidad y el accidente no laboral.

Puede considerarse por tanto como asistencia sanitaria de la Seguridad Social (INSS) los siguientes:

- La cobertura de las contingencias de los accidentes laborales y enfermedades profesionales en caso de que la empresa correspondiente tenga contratado al INSS como Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.
- El Seguro Escolar.
- El reconocimiento de la asistencia en el extranjero (UE y países con convenio bilateral de asistencia sanitaria).

Todos ellos tienen la característica de que no son extensibles a la población general, sino a las personas sometidas a una exposición específica asociada a una actividad ocupacional distintos a la cobertura de contingencia de enfermedad común, maternidad y accidente no laboral.

Al no tratarse de contingencias comunes tiene solidez el no reconocimiento del derecho por el Sistema Nacional de Salud y en consecuencia por los Servicios Regionales, sino en régimen asegurador específico, según el grado de riesgo.

#### *Enfermedad profesional y accidente de trabajo*

La acción protectora de la Seguridad Social comprende (Art. 38 de la Ley General de Seguridad Social) en la sección segunda referente a la “cotización”, las primas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales, teniendo a todos los efectos la condición de cuotas de la Seguridad

Social, que siguen vigentes y no son objeto de financiación pública sino por cuotas.

La gestión de la Seguridad Social para esta prestación la asumen las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales como entidades colaboradoras, siendo financiadas por las primas aplicadas a la renta del trabajo con carácter finalista para la contingencia asistencial y económica de los accidentes de trabajo, aportadas íntegramente por los empresarios que se asocian a ellas voluntariamente.

La asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, en lo que respecta a la protección de este riesgo, está comprendida en el R.D. 63/1995 de 20 de Enero sobre “ordenación de prestaciones” extendiendo éstas a todas las personas, pero no diferencia los riesgos, por lo que el Sistema Nacional de Salud queda obligado a la asistencia en enfermedad común o profesional, y en accidentes sea laboral o no laboral, si bien obligando a la reclamación de pago a los terceros obligados (en ese caso Mutualidades de Accidentes Laborales), cuando las empresas han optado por esta colaboración y en caso de que por sí mismo no la presten.

**El Seguro Escolar** da cobertura al **Régimen Especial de los Estudiantes**, lo cual duplica el derecho de asistencia sanitaria pública que ya se tiene como beneficiario de algún titular de Seguridad Social o como ciudadano residente en la Comunidad Foral o, en su caso, como menor (Ley Orgánica de Protección al Menor). Contempla los accidentes escolares y la asistencia psiquiátrica, y cualquier asistencia puede prestarse en centros sanitarios privados, los cuales facturarán la asistencia al INSS.

Aunque la cuota por asistencia sanitaria de este seguro es “ridícula” y que en la mayor parte de los centros educativos suscriben además pólizas complementarias para accidentes escolares y responsabilidad civil, la mayoría de las contingencias que atiende el Seguro Escolar se prestan en centros sanitarios públicos, tanto de atención primaria como de especializada, incluido en regímenes de hospitalización, y que no se facturan al INSS, es decir se asumen como coste por prestación de asistencia sanitaria del Servicio Navarro de Salud en nuestra Comunidad, si bien las cotizaciones quedan en la Seguridad Social. Estas cotizaciones sirven no obstante también para cubrir en el período de estudios otras contingencias no sanitarias.

El seguro escolar en la contingencia de asistencia sanitaria de enfermedad común y accidente no laboral se mantiene de acuerdo a la Ley de 17 de julio de 1953 y R.D. 270/1990 para alumnos de tercer ciclo como una sobreprestación innecesaria si el reconocimiento universal fuera equitativo, ya que en la práctica las personas protegidas por este seguro o están acogidas al régimen de Seguridad Social como beneficiarios o tienen su derecho como ciudadanos. Es utilizado por los destinatarios de la

cobertura como un seguro complementario de libre elección de médico y centro.

*Carencias del reconocimiento del derecho por la normativa de la Seguridad Social*

El mantener el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de las contingencias comunes a través de la normativa de la Seguridad Social que ya no es aplicable, acarrea una serie de problemas imprevistos que no ocurrirían si se aplica el reconocimiento como ciudadano-residente por el Servicio Navarro de Salud.

- a) En la situación actual de empleo en España, el desplazamiento del trabajador, sobre todo joven, de activo a desempleado se da cada vez con mayor frecuencia, provocándose que un beneficiario pase a ser titular cuando esté en activo y posteriormente a ser beneficiario cuando esté en desempleo, generando sucesivas altas y bajas.

El beneficiario de un titular de MUFACE o de un pensionista, al pasar a ser titular activo del Régimen General de la Seguridad Social cambia de tipo de cobertura, así como de prestación farmacéutica, para posteriormente volver a la anterior en caso de desempleo como beneficiario de MUFACE.

- b) Las personas de alta en Seguridad Social, en el momento de paro y finalizada su situación de desempleo pasan a ser registradas en la Tesorería de Seguridad Social con el término de “Sin Asistencia Sanitaria” a los tres meses de la última cotización realizada por el INEM, lo que se desconoce por el interesado que debería pasar a la cobertura del R.D. 1088/89 de asistencia social.

No parece coherente en ningún caso que los cambios de situación laboral produzcan en el usuario del sistema sanitario estos problemas de “desprotección administrativa” cuando el derecho universal a la protección de la salud existe.

- c) El reconocimiento del derecho por ser “beneficiario” de un titular tiene también problemas conceptuales y de orden práctico. La protección sanitaria derivada del derecho que ostenta otra persona de la familia (normalmente “progenitor o cónyuge”) hace depender al beneficiario de su relación con el titular de la cartilla, pudiendo producirse casos de desprotección por voluntad de este último o de fraude al Sistema Sanitario; no olvidemos que el reconocimiento como beneficiario de pensionista, conlleva la gratuidad indefinida en la prestación farmacéutica.

En los casos de pasar un titular en activo a situación de pensionista, el beneficiario del titular (cónyuge, ama de casa sin ninguna cobertura social) pasa a situación de beneficiario de pensionista por lo que puede

ser revisado por la administración del INSS y declararle al cónyuge sin asistencia sanitaria en caso de que el ahorro familiar de una vida laboral estuviera a nombre del beneficiario. Si se le considera económicamente "suficiente", se le declara "sin derecho a la asistencia"<sup>7</sup>.

Igualmente, y en sentido contrario, favorecen situaciones de duplicidades de cobertura: beneficiarios en cartilla del padre y de la madre, y personas titulares en un régimen y beneficiarios de otro. Si bien el control de estas duplicidades corresponde a la Administración, existen dificultades para ello debido a la ausencia de registros de beneficiarios en el INSS que impide cruzar los datos de unos subsistemas con otros.

d) Gratuidad de la farmacia para los titulares pensionistas y sus beneficiarios.

La gratuidad de la farmacia (no aportación directa por el enfermo) en relación con el título de pensionista otorgado por la Seguridad Social en razón a una serie de contingencias (jubilación, viudedad, orfandad, invalidez, beneficiario de éstos) plantea, al margen de otros problemas propios de la prestación, la equiparación o no de esta misma prestación a las personas a las que se les extienda este derecho como beneficiario.

Si se mantiene por concepto de beneficiario el ciudadano de segunda y correspondiendo su declaración como tal al INSS, aunque la financiación de la prestación farmacéutica es competencia de cada uno de los Servicios Regionales de Salud transferidos, en nuestro caso el Servicio Navarro de Salud, se reproduce la contradicción de que uno reconoce el derecho como beneficiario de titular: el INSS; y otro paga: el Gobierno de Navarra, al que corresponde en derecho el establecer los mecanismos de gestión y control.

e) Cobertura sanitaria en el extranjero.

La cobertura sanitaria en el extranjero para los españoles afiliados a Seguridad Social se deriva de los Convenios Internacionales y del Reglamento 1408/71 de la Unión Europea. El derecho a la misma viene condicionado por la existencia de tales convenios internacionales:

- Convenio de Asistencia Social y médica del Consejo de Europa, por el cual el país contratante se compromete a garantizar que

---

7. El INSS revisa ocasional o esporádicamente las situaciones de activos con beneficiarios a su cargo y si estiman que un beneficiario tiene bienes a su nombre que le proporciona rentas superiores al salario mínimo profesional, aplican "de oficio" la Resolución del INSS de 1972 de "condición de beneficiario, esto es, vivir con el titular y a sus expensas", y le declaran "sin derecho a asistencia sanitaria", por lo que se les retira la TIS también de oficio en el Servicio Navarro de Salud y se le obliga a solicitar el acceso a la asistencia sanitaria pública a través del D.F. 640/96 de Extensión de Universalización de la Asistencia a personas con recursos económicos suficientes con pago de la correspondiente cuota.

los nacionales de los otros países del convenio con legítima residencia y sin recursos suficientes tengan derecho a la asistencia en las mismas condiciones que los propios nacionales.

- Convenios de Seguridad Social para los trabajadores de los países firmantes.
- Reglamento CEE 1408/71.

La extensión de la cobertura en el extranjero a la población no incluida en ningún régimen de Seguridad Social, no implica por lo tanto la extensión de la asistencia sanitaria en terceros países, por no ser reconocidos por el INSS. La nueva tarjeta (azul) sanitaria europea para asistencia en el resto de países miembros europeos, nada cambia la situación: es el cambio del impreso anterior, modelo E111 por la tarjeta azul de plástico.

f) Extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes acogidos a la asistencia social o beneficencia. La aplicación de este Real Decreto 1088/1989, aparte de las diferencias establecidas por las diferentes Comunidades Autónomas, presenta problemas de índole general como lo es la determinación de la suficiencia o insuficiencia de los recursos económicos.

El R.D. 1088/89 reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a título individual a aquellas personas sin recursos económicos suficientes. Se computan los ingresos o bienes tanto del solicitante como de las “personas que con él convivan”. (Resolución 29/89, Secretaría General de Asistencia Sanitaria, Ministerio de Trabajo). Este cálculo presenta numerosas dificultades (convivientes, constatación de bienes e ingresos de los no asalariados, etc.) y choca con el reconocimiento “a título individual” del derecho. Esta valoración económica también conculca el reconocimiento del derecho como ciudadano-residente.

La determinación de la suficiencia o insuficiencia de recursos económicos se realiza constatando la declaración a efectos del IRPF. En el caso de personas en desempleo la declaración de renta última suele corresponder al ejercicio anterior, en el que sí estaban trabajando, superando el nivel de renta establecido en el R.D. 1088/89, pudiendo ser declarado sin derecho a la asistencia. Resulta complejo e inseguro la comprobación de los recursos económicos e interpretabilidad de los convivientes y sobre todo el control en el cambio de situación. El parado que agote el subsidio pasa a ser acogido por R.D.1088/1989. Si vuelve a trabajar 6 meses pasan a activo él y sus beneficiarios. Si vuelven al desempleo, nuevo reconocimiento por el R.D.1088/1989 si no tiene subsidio, etc.

En el caso de los inmigrantes sin recursos en situación administrativa irregular, la comprobación de la suficiencia/insuficiencia de recursos económicos es prácticamente imposible en la mayoría de los casos, limitándose a una declaración jurada del solicitante del reconocimiento del derecho, si bien para este colectivo la ley ha sido más generosa que con otros

colectivos autóctonos, existiendo cerca de 40.000 inmigrantes con plenitud de derechos sanitarios en Navarra a través de la Ley Foral 5/2005, si bien no todos entran como inmigrantes sin recursos, ya que la mayoría con trabajo entran como el resto de ciudadanos residentes con recursos.

g) El cambio de opción de la atención privada (Mutualidad) a la atención pública (INSS) y viceversa de la prestación sanitaria de Funcionarios Civiles del Estado, de la Judicatura y de las Fuerzas Armadas, produce cambios continuos y equivalentes en cuanto a régimen de cobertura y nivel de prestaciones.

#### *Mejora de los derechos individuales en Navarra*

En el decenio 1993-2003 se han concretado los derechos individuales por el Real Decreto/1995 de 20 de Enero sobre prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud, que representa la base de los derechos asistenciales exigibles, resaltando al respecto las siguientes características: por primera vez se reconoce el derecho a las prestaciones preventivas individuales, si bien quedan lógicamente condicionadas a que sean previamente aprobadas por los correspondientes servicios regionales de salud, con carácter de actividades programadas, y que requieren financiación con cargo a fondos propios de la Comunidad que lo otorgue, de lo que se deriva diferencias en el reconocimiento individual de derechos de los ciudadanos españoles en las diferentes CC.AA.

En este sentido están reconocidas en el Sistema Sanitario de Navarra a través de las normas que las garantizan las siguientes prestaciones preventivas programadas:

- Prevención del cáncer de mama. Orden Foral 61/2003.
- Detección del cáncer de cuello de útero. Orden Foral 320/2000.
- Detección precoz de hipoacusias congénitas. Orden Foral 170/1998.
- Plan de atención dental infantil. Decreto Foral 69/2003 y Orden Foral 77/2003.
- Programa de detección de metabolopatías. Orden Foral 13/2003.
- Plan de atención al diabético. Orden Foral 284/1996.
- Programa de cesación del hábito tabáquico. Orden Foral de 8 de Agosto de 1994 y Decreto Foral 139/2003, de 16 de Junio.
- Calendario infantil de vacunación. Orden Foral 134/2003.
- Plan de lucha contra el tabaquismo. Ley Foral 6/2003; Decreto Foral 127/2001.
- En el campo asistencial, Navarra reconoce el derecho a acceder a medicamentos descalificados en el Sistema Nacional de Salud

por su baja utilidad terapéutica pero que siguen siendo objeto de prescripción. Decreto Foral 258/1998.

El Real Decreto de 20 de Enero de 1995 incorpora por otro lado criterios generales para las tecnologías y medicamentos que son objeto de prestación como son el de reunir condiciones de eficacia, efectividad y seguridad quedando excluidas: “las que no exista evidencia científica sobre seguridad y eficacia clínica o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles y que no estén suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento”. Se incorpora de este modo un instrumento para la oferta de servicios basada en la evidencia científica, herramienta eficazísima para la gestión de los servicios y prestaciones desde la eficiencia y la calidad.

#### *Derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado*

En la última década ha aparecido desde la realidad asistencial el derecho a la información al paciente de forma veraz y sencilla que permita al propio enfermo autonomía para la toma de decisiones de las propuestas técnicas de los profesionales compartiendo la responsabilidad de las decisiones, consiguiendo con ello una mejora de la calidad asistencial y de la relación médico-paciente. Este planteamiento sitúa al paciente como protagonista responsables de las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Este derecho surge de una mayor conciencia de la eficacia y a la vez del riesgo de la medicina moderna que requiere una mayor seguridad, y de la consideración de las distintas éticas en concurrencia, que requieren decisiones compartidas. La relación médico-enfermo se transforma de una tutela del médico a una corresponsabilidad. Este avance se ha producido de forma progresiva en la década, impulsado por la bioética en general y especialmente por el “Convenio para la Protección de Derechos Humanos y de la Dignidad del ser Humano respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina” a propuesta del Consejo de Europa (Convenio de Oviedo 4 de abril de 1997), que impulsó las acciones concretas de los profesionales y las organizaciones sanitarias, al considerar “que previamente al otorgamiento del consentimiento informado el paciente debe recibir una información adecuada sobre la finalidad y naturaleza de la intervención, así como de sus consecuencias y riesgos”.

En Navarra, durante el año 1996, el Director General de Salud designó un Comité de Expertos para el estudio de este tema desde los puntos de vista legal, ético y asistencial y cuyo trabajo culminó en la publicación en el año 1997 de una Guía Práctica sobre la información sanitaria y el consentimiento informado que fue distribuida a todos los profesionales



médicos de la Comunidad. Además se ofrecieron por los miembros de dicho Comité reuniones informativas en los distintos centros asistenciales.

Así mismo el Departamento de Salud realizó un estudio y revisión de los documentos de Consentimiento Informado que se venían utilizando por los profesionales de los centros sanitarios, con la finalidad de hacer las recomendaciones pertinentes para la mejora de su práctica.

Además se ha obtenido en Navarra la Ley 11/2002 de 6 de Enero modificada por la Ley 29/2003 de 4 de abril “Sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica” que formula los siguientes derechos: a la información; a la intimidad; el derecho a la libre elección de alternativas de tratamiento y a la toma corresponsable de decisiones; al consentimiento de ser sometido a pruebas o a tratamientos previa información sencilla al paciente por parte del médico; a la declaración de voluntades anticipadas; y finalmente a la confidencialidad de los datos clínicos y la garantía de que quede por escrito parámetros clínicos imprescindibles para la intervención clínica.

Puede estimarse que el reconocimiento del derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado está extendido entre los profesionales sanitarios, que lo consideran como una parte intrínseca a cualquier acto médico de calidad y también entre los pacientes, que estiman que se les toma en consideración cuando deben decidir sobre las actuaciones sanitarias que les van a ser practicadas, lo cual conduce a una mayor satisfacción sobre la asistencia recibida y a una mejor relación médico-paciente.

La aplicación práctica de estos derechos necesitan un nuevo periodo de tiempo para valorar la aplicación y demanda de tales derechos.

## **LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DE MÉDICO Y CENTRO**

Los modelos públicos de base social adolecen en general del valor de la libertad del ciudadano sano o enfermo para optar a la elección de los centros servicios y de los profesionales. Ello se sacrifica en beneficio de la universalidad, de la equidad y sobre todo en aras de la organización y operatividad de los servicios, y de la eficacia y eficiencia de los mismos. Por otro lado los modelos liberales, paradigma de la libertad de elección, se aplican en detrimento de la equidad y de la universalidad y el exceso de personalización impide la participación en actividades programadas preventivas de indudable beneficio individual y colectivo. Uno de los retos de los sistemas públicos es no obstante avanzar en la libertad de elección de médico y centro sin merma de los valores y principios del sistema público, universal y en equidad.



En el último decenio se han dado pasos en el Sistema Sanitario de Navarra mejorando la libertad de elección de los ciudadanos de los médicos de cabecera y de pediatra, por el Decreto Foral 24/1994; y no sólo entre los médicos de las zonas básicas correspondientes a la residencia del ciudadano, sino también en las limítrofes, por el Decreto Foral 122/2002. El mayor logro alcanzado en este sentido ha sido la libertad de elección de especialista tocoginecólogo en los Centros de Atención a la Mujer que garantiza un seguimiento personalizado a lo largo de toda la vida de la fertilidad con el mismo especialista, tanto en el proceso reproductivo como en las eventuales patologías, por el Decreto Foral 259/1997, sobre “Ordenación de las prestaciones sanitarias en Tocoginecología y en Planificación Familiar”. Otro avance ha sido la libertad de elección con el consejo del médico de cabecera entre los especialistas extrahospitalarios, por el Decreto Foral 241/1998. Este último Decreto Foral “sobre atención y seguimiento personalizado y elección de médico especialista por los médicos de Atención Primaria” constituye uno de los mejores avances posibles en un sistema público para la satisfacción de derechos individuales en la libertad de elección de médico especialista y centro. Se establece que en cada episodio en que se requiera consulta especializada, el médico de Atención Primaria pueda elegir entre los especialistas que se asignen al Centro; en tal decisión se tendrá en cuenta el deseo expresado del paciente, e incluso si se justifica, el especialista puede ser diferente a los asignados al centro.

La elección de médico dentro de los hospitales no parece viable ni conveniente en la organización pública jerarquizada, si bien el paciente tiene derecho a que se le asigne un especialista responsable principal de su seguimiento. Este avance legal no tiene, en general, reflejo en la práctica, ya que se sigue atendiendo por los “equipos” hospitalarios. El trabajo en turnos y las obligaciones de guardias invalidan de hecho la operatividad de este derecho reconocido.

## **LA EFICIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS Y EL GASTO SANITARIO**

De manera insistente las propuestas y recomendaciones desde instancias de responsabilidad tanto social (OMS) como políticas (Congreso de los Diputados) insisten en la necesidad de que la prestación de servicios sanitarios ha de ser eficiente, lo que sitúa a la actividad sanitaria en un plano económico. La eficiencia se exige como un atributo necesario de la sostenibilidad del sistema público ante unos gastos crecientes por la propia naturaleza del servicio, en respuesta al crecimiento técnico-científico y demográfico, en una realidad económica de recursos limitados.

El abordaje del diagnóstico de la eficiencia dadas las premisas anteriores, es tarea casi imposible, y todavía más, reducirlo a índices o indicadores todavía no definidos ni investigados, que permitan su comprensión dada la compleja maraña de los componentes que concurren en la valoración de la “eficiencia”. En cualquier caso si bien la eficiencia viene condicionada por el coste, éste a su vez depende de la suficiencia presupuestaria (gasto autorizado) y ésta de la financiación.

Desde que Archie L. Cochrane publicara *“Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on the Health Services”* en 1972 y en España desde su traducción en 1980, el término eficiencia ha sido manejado por gerentes y políticos sanitarios como un mito de las estrategias y objetivos de la gestión de servicios de salud, pero podemos constatar la carencia de una medida cabal y sistemática de la eficiencia que es conceptualmente “multívoca”, y diferente para quien la pronuncia y para quien la escucha. La eficiencia propugnada por un gestor que desea aumentar la producción y aumentar la economía de escala, puede ser equívoca para un planificador que busca rendimientos en salud.

Partimos por tanto del principio de que está por consensuar los indicadores de la eficiencia en los sistemas sanitarios, por lo que todavía debe ser objeto de investigación en los sistemas de salud, si bien en el ejercicio clínico diario y en la gestión de servicios puede haber acercamientos puntuales sobre resultados eficientes.

A pesar de ello podemos traer algunos conceptos e indicadores no concluyentes, para acercarnos al diagnóstico de la eficiencia en nuestro Sistema Sanitario.

La eficiencia consiste en el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles medidos en moneda económica y orientados a una finalidad. Este es el nudo gordiano: medir el fin que deseamos conseguir, esto es, el resultado que nos proponemos; pero el resultado es el final de un proceso lleno en sí mismo de variables cuantitativas y cualitativas. No podemos medir la eficiencia sin definir el resultado que vamos a medir porque podemos medir el resultado por unidad de coste de producción de actos sanitarios (coste-eficacia); o por la unidad de salud deseada (coste-efectividad); o por la unidad de satisfacción o de calidad percibida (coste-utilidad); o por la unidad por efectos renunciados (coste-oportunidad); o por la unidad de beneficio monetario (coste-beneficio).

No se dispone de estrategias definidas sobre la medida de resultados, ni definición de indicadores por lo que en este aspecto sólo podemos manejarnos con impresiones sin saber el grado de eficiencia. Los modelos públicos deberían plantearse de manera sistemática la medida del coste-efectividad por procesos. En su defecto sólo podemos acercarnos al coste-producción más adaptado a la eficiencia gerencial que a la eficiencia en resultados de salud.

La eficiencia desde un enfoque gerencial y economicista se convierte en gastar menos y en hacer más: en este sentido reducir el gasto o reducir las prestaciones tiente este enfoque, pero este concepto no es de eficiencia sino solo de ahorro. Cuanto menor sea el presupuesto o crezca de manera desproporcionada por debajo del gasto previsto no estamos haciendo más eficiente el Sistema, sino que se está deteriorando, descapitalizando, o transfiriendo el gasto a sucesivos presupuestos ante una demanda creciente. Frente a esta realidad de los sistemas, se alza la exigencia social y política de la **sostenibilidad**; pero la sostenibilidad no es un bien en sí mismo, aislado, sino que es interdependiente con la financiación y la equidad. La sostenibilidad debe orientarse a la “utilización rentable de los recursos” y no tanto a la reducción del gasto: “los sistemas de pago a los proveedores de atención primaria de salud, que combinan los elementos de capitación, libre elección de proveedor y pago por servicio (no necesariamente monetario), fomentan la existencia de mejores posibilidades de gestionar el sistema con el fin de lograr una elevada calidad, la utilización rentable de los recursos, la satisfacción de los usuarios y proveedores, así como de poner el énfasis en la promoción de la salud y en los servicios de prevención” (OMS. “Salud 21”, Salud para todos en el Siglo XXI, 1998). Con ello creo queda expresado que sostenibilidad no equivale a ahorro sino a financiación ponderada, al **buen uso de los recursos**, y a la atención de la complejidad de parámetros que conducen a la sostenibilidad y eficiencia, entre los que se encuentra la adecuada regulación de la gestión de los servicios en base a la descentralización y la corresponsabilidad.

Este planteamiento requiere procedimientos de medida del buen uso de los recursos y de los resultados: “la medición sistemática de los resultados sanitarios en la atención clínica –utilizando los indicadores de calidad homologados a nivel internacional e introduciendo los resultados en bases de datos que permitan la comparación de dichos resultados con los obtenidos en otros lugares– constituye una nueva herramienta indispensable para desarrollar de forma continua la calidad de la atención a los pacientes. Dichas mediciones del impacto sanitario, en su función de comienzo del proceso de desarrollo de la calidad de la atención sanitaria, junto con un mayor énfasis en la medicina basada en la evidencia, pueden proporcionar nuevas herramientas para la evaluación de la tecnología y para una aplicación más efectiva y eficiente de las intervenciones diagnósticas y curativas. Estas nuevas herramientas pueden identificar los elementos que funcionan, lo que resulta necesario y lo que no lo es. Esto permite una perspectiva científica a la hora de identificar nuevas intervenciones con posibilidades y de reducir los procedimientos, productos farmacéuticos y equipos innecesarios. Asimismo, pueden identificar los recursos que se pueden liberar para satisfacer algunas de las cada vez mayores demandas del sector sanitario, derivadas del envejecimiento de la población y de la constante introducción de tecnologías sanitarias cada vez más complejas”.

Resulta muy difícil con tales supuestos mostrar todavía indicadores de la eficiencia. Nos vale más por el momento “diagnosticar” una carencia de indicadores porque no se ha llegado a medir la efectividad de las intervenciones sanitarias.

### **El gasto sanitario y la eficiencia**

En definitiva la eficiencia ha de medirse por resultados en salud referidos al coste y tiene como premisa una “financiación de la atención sanitaria suficiente que garantice la equidad y la sostenibilidad”.

El gasto sanitario es la referencia obligada para conocer el esfuerzo que un país, región o sistema hace para satisfacer el derecho a la salud y a la vez para contrastar la eficiencia a nivel “macro”. Dos sistemas con el mismo esfuerzo medido en proporción al producto interior bruto de la región de que se trate, a igualdad de esfuerzo en porcentaje del PIB, tiene igual cumplimiento del derecho, lo que no significa que el nivel de prestaciones sea equiparable, porque el montante económico disponible depende de la riqueza generada, ni que la eficiencia sea equivalente, ya que no depende solo del gasto.

En tal sentido, en la figura 83 se analiza el esfuerzo de Navarra en la financiación pública según el porcentaje del PIB aplicado a la sanidad permanece estable desde 1997 a 2003, con mínimas variaciones entre el 4,7 y 4,9% por debajo de la media nacional entre el 5,3 y 5,5% y más distante de la media de la Unión Europea entre el 6,5 y 6,8%.

Este menor esfuerzo parece paradójico con el incremento real del gasto *per cápita*, pero éste es el resultado de la baja población de Navarra más que de los servicios recibidos. Otro análisis es, si nuestro buen y prestigiado sistema sanitario puede mantenerse (sostenibilidad) sin incrementar el esfuerzo financiero que otras comunidades vienen haciendo, bien por saneamientos periódicos desde el Estado, por incrementos presupuestarios o fiscales finalistas extraordinarios que en Navarra no se han registrado. Este menor esfuerzo se compensa por la riqueza de Navarra superior a otras regiones, pero en todo caso esta situación de bajo esfuerzo no debe llevar a declararnos como muy eficientes.

Si observamos por otro lado el incremento de atenciones asistenciales con el incremento del gasto, podemos considerarnos poco eficientes, ya que cada año crece el número de consultas pero en mayor grado el gasto si bien los incrementos no son necesariamente dependientes. La actividad en Atención Primaria se incrementó entre 1987 y 2003 en un 8%, en tanto que el gasto por consulta creció en euros constantes en el 25,2%; y si se incluye la farmacia, el incremento fue del 35,3% también en pesetas constantes. En asistencia sanitaria hospitalaria la actividad en ingreso creció un 4,7% y el gasto por ingreso en pesetas constantes creció un 12,8%. Si nos acercamos al coste/producción a través de la Unidad Básica de Actividad (UBA), éstas han cre-

cido en el período 1997-2003 en el 8,2% (similar a las consultas en Atención Primaria) y el coste unitario de la UBA en pesetas constantes creció el 9,2%. Por otro lado el índice de rotación/cama creció el 9,9%.

¿Cuál de estos indicadores nos quedamos para medir la eficiencia del sistema? Posiblemente ninguno ya que detrás de lo que se mide hay una cantidad de variables no ponderadas de por qué se ha generado el incremento de la actividad: más población; más consultas sucesivas programadas; el mal uso del sistema; la exigencia de que la actividad crezca; las nuevas patologías; las revisiones periódicas inducidas; una demanda de uso de servicios de las personas que acceden con facilidad; una necesidad real? Medir estas variables es un reto inexplorado.

Pero por otro lado: ¿en que proporción han generado el incremento del coste: el incremento de salarios sin repercusión en la asistencia; las nuevas tecnologías; el encarecimiento del medicamento; el coste de la reducción de jornada a 35 horas; el incremento de personal; la apertura de nuevos servicios? Se requieren análisis mas precisos.

Declarar la eficiencia requiere el explorar índices de salud polinómicos y ajustados que están por llegar dado que los habituales al uso miden productividad (eficiencia de gestión) pero no eficiencia económica de acuerdo a resultados efectivos de salud.

Si buscamos la eficiencia por el coste/efectividad, el hallazgo es más difícil, casi imposible. Salvo el programa de prevención del cáncer de mama y alguna investigación esporádica, estamos carentes de indicadores de resultados en salud.

Mientras tanto podemos equivocarnos con la sensación de una buena eficiencia a nivel “macro” ya que gastamos en menor proporción del PIB que otros, se anuncian además tiempos restrictivos y por el momento la universalidad existe, los tiempos de espera son razonables, los servicios están a pleno rendimiento, y una población satisfecha e identificada con su Sistema Sanitario...Pero: ¿Somos por ello eficientes?

## **NUEVAS EXIGENCIAS EN LOS SISTEMAS SANITARIOS**

La Real Academia Española al término “valor” lo define en una de sus acepciones como: “Fuerza, actividad, eficacia o virtud de las cosas para producir sus efectos”; en otros términos los valores de un sistema son las “ideas-fuerza” que mueven las cosas hacia su objetivo.

Los valores que hemos analizado de universalidad, equidad, libertad y eficiencia no siempre han estado presentes en el sistema de salud, ni todos los sistemas disponen de ellos, y en todo caso en grado diferente. Hablamos de valores establecidos, cuando esas “ideas fuerza” y utopías, pasan a ser realidades o incorporarse metódicamente en el quehacer del Sistema, mientras tanto son deseos o voluntades, estereotipos conceptua-

les inalcanzables; sólo cuando se ordena y se trabaja con instrumentos para hacerlos realidad, es cuando podemos hablar de que un Sistema ha incorporado a estas fuerzas como valores.

Los valores de los sistemas no son atributos intrínsecos de los mismos, sino que son externos e inducidos desde la sociedad hacia el sistema sanitario; se convierte así en una necesidad de la sociedad que busca encontrarlos cuando penetra en él. Es por ello que los valores se amplían y evolucionan como lo hace la sociedad. Una sociedad sin valores no los busca ni los exige en los sistemas que va a utilizar. Los valores surgen por tanto de la exigencia de la sociedad.

Hace pocos lustros conceptos tan utópicos con universalidad, equidad, libertad o eficiencia ni se planteaban ni se demandaban en el sistema sanitario: la relación médico-enfermo con su contenido mágico y paternalista era suficiente, la desigualdad, el conductismo y la particularidad se aceptaban ante la enfermedad. El infortunio y el desigual acceso a disponer de medios asistenciales se aceptaba en gran parte de la población: una medicina de pobres y otra para ricos.

Nuestra sociedad es cada vez más igualitaria y demanda que en el Sistema Sanitario sean realidad nuevas exigencias, que se convierten en valores emergentes, exigidos en el uso de los recursos sanitarios que caracterizan a una sociedad avanzada, como es la **calidad**, y a una sociedad democrática y participativa, como es la **corresponsabilidad**.

### **La calidad**

El trabajo técnico sobre la mejora continuada, la **calidad** se ha incorporado como una nueva exigencia en la prestación de los servicios asistenciales tanto por el impulso de los requerimientos científicos, como por la exigencia social, de tal manera que se inicia la implementación de “planes integrales de calidad” desde los poderes directivos. El deseo de establecer planes de mejora y evaluaciones de los resultados de proceso y de resultados finales en salud, es un modo de entender la satisfacción de los derechos y la eficiencia, de tal manera que los exigibles “planes de salud de los sistemas sanitarios” han de girar en breve tiempo no sólo hacia objetivos de los resultados en salud tradicionales (morbilidad, mortalidad, supervivencia) sino en otros más sensibles del resultado, como son: la salud ajustada por calidad de vida y la calidad de las atenciones y servicios.

La calidad como proceso continuo de mejora tanto de los resultados, de la oferta, y del proceso de la asistencia sanitaria, como de las atenciones no sanitarias, se ha empezado a considerarse en la última década, y si bien por el momento no forma parte del derecho positivo, se vislumbra como una exigencia que ha de ser atendida.

La calidad en el Sistema Sanitario abarca áreas diferenciadas: calidad en la asistencia científico-técnica tras la senda obligada marcada por

la Medicina basada en la evidencia (MBE); en la gestión por procesos patológicos con una concepción integral de la persona y del continuo salud/enfermedad; en la percepción de la asistencia técnica; y en la atención personalizada.

**La calidad científico-técnica.** El ejercicio de la medicina ha evolucionado al final del siglo XX desde un empirismo científico de base fisiopatológica en el que la experiencia y el conocimiento del médico son el centro de la decisión clínica individual, hasta la toma de decisiones en base al mejor conocimiento disponible basado en la evidencia del mejor resultado como centro de la decisión. Ello supone un nuevo paradigma, un cambio conceptual y una nueva actitud personal del médico que sólo el convencimiento del ejercicio médico basado en la evidencia, y la disponibilidad de datos actualizados de fácil acceso, hace posible la aplicación del nuevo paradigma de la asistencia médica. En tal sentido se han venido realizando cursos de medicina basada en la evidencia y de acceso a las bases de datos disponibles. Entre 1999-2004, se ha puesto a disposición toda la red informática de los profesionales también en las consultas médicas con bases de datos de evidencia clínica, a través de la Biblioteca Virtual del Departamento de Salud, lo que supone un avance para la adopción de decisiones con la mejor calidad científica.

De este modo la gestión de la **calidad clínica** en los Servicios Sanitarios ha evolucionado en la última década. Si bien es verdad que proporcionar una asistencia sanitaria de calidad es una necesidad histórica percibida tanto por profesionales, por ciudadanos como por la propia administración, ha sido necesario integrar las distintas perspectivas de cada agente para hablar de modelos sanitarios orientados hacia la excelencia.

Los profesionales, con una perspectiva más centrada en lo científico-técnico, han encontrado en la medicina basada en pruebas, un apoyo importante para identificar los mejores métodos evaluados en la asistencia sanitaria.

Por otro lado una mejora continua en la prestación de asistencia hace necesario conocer las necesidades y expectativas de los pacientes en los elementos que forman parte de calidad percibida (información, empatía, etc.). Para ello, se ha desarrollado una estrategia corporativa en el Servicio Navarro de Salud para el análisis de percepción de la calidad de los distintos agentes. Por otra parte, se han establecido garantías en el acceso temporal de la atención de intervenciones quirúrgicas programadas y de consultas preferentes. Todos estos aspectos deben seguir un desarrollo progresivo para adaptarse a unas expectativas crecientes de los ciudadanos.

Se requiere en un futuro inmediato impulsar modelos de gestión de la calidad que integren todos los aspectos de la gestión de la organización. En este sentido deben satisfacer las necesidades del ciudadano, estable-



cer mecanismos para dar respuestas a las principales prioridades sanitarias, garantizar la equidad de los procesos clínicos, asegurar la continuidad de cuidados y la personalización, y desarrollar sistemas de información y evaluación que permitan garantizar una práctica clínica apropiada a un coste razonable, en definitiva gestionar la calidad por procesos.

En este sentido, se han realizado importantes esfuerzos para desarrollar instrumentos como los sistemas de información tanto clínicos (historia clínica informatizada) como de gestión administrativa (gestión de citas, etc.). Se ha favorecido la coordinación entre niveles asistenciales con el Plan de coordinación atención primaria-atención especializada, que además de avanzar en la libertad, garantiza una atención al paciente continuada y personalizada. El modelo MAPPA-Horizonte va a constituir otro instrumento que tiene como objetivo mejorar los resultados en salud, mediante la sistematización de la atención de procesos clínicos prioritarios a través de la constitución de grupos de mejora de procesos clínicos prioritarios. Del mismo modo se inicia la potenciación del Programa de Mejora Interno integrado en el Plan de Gestión en el Ámbito de Atención Primaria.

Todas estas actividades se han visto favorecidas por numerosas acciones formativas, tanto en la difusión de la cultura de la calidad como en la adquisición de habilidades y herramientas necesarias para la implantación de los distintos proyectos de calidad en cursos presenciales y a distancia de gestión de la calidad en el que han participado 843 profesionales en los últimos 8 años.

Aunque se han producido avances significativos, todavía es mucho el camino que queda por recorrer para alcanzar la meta deseada por todos los intervinientes: un Sistema Sanitario orientado hacia la excelencia.

**La calidad de la atención no sanitaria** y cuidados al paciente en los aspectos de: trato personal; atención a las necesidades y requerimientos humanos y sociales dentro del hospital; conocimiento del personal adscrito para su asistencia; el fácil acceso a la información; la garantía del consentimiento informado; y la calidad de los servicios hoteleros, constituyen también hoy otras tantas exigencias que los ciudadanos reclaman en el ámbito de la calidad.

Desde hace unos años se está produciendo una mayor aproximación entre el sector hospitalario y el sector hostelero dentro de los hospitales. Los servicios hosteleros de los hospitales privados son un ejemplo de dicha aproximación y se trabaja para introducir mejoras para que los pacientes perciban atenciones no sanitarias, de calidad, que respondan a sus expectativas, habiéndose introducido nuevos servicios sobre **Comunicación e información** que se ha favorecido por la instalación de TV y teléfono; canal TV Salud en Hospital de Navarra, guía del paciente en TV-vídeo en el hospital; guías impresas con un manual de funcionamiento de los servicios en todos los hospitales.



Con el fin de satisfacer el derecho del ciudadano a conocer el profesional que le atiende, se procedió a partir de 1996 a usar el código adecuado en los uniformes y vestimenta del personal, diferenciando por colores los estamentos profesionales, el centro y la persona, de manera que el paciente sepa en todo momento el nivel profesional y persona nominal que le presta el servicio, así también la ropa de cama que identifica al centro donde se encuentra, disponiendo en ella cada hospital su anagrama de diferente color.

El confort de las instalaciones ha sido objeto de atención en la década pasada procediendo a cambio de ropa de uso personal que mejore la imagen y preserve la intimidad; cambio de ropa de cama de mejor limpieza e imagen; cambio de toda la lencería infantil; dotación de sillones de acompañantes en los hospitales con un modelo que permite mejorar el descanso; progresiva renovación de camas en los hospitales de última tecnología.

La restauración es objeto de atención y mejora permanente disponiendo menús opcionales en los hospitales; renovación material de servicio con mejora de imagen y limpieza; distribución del almuerzo y cena en bandeja isotérmica con incorporación de cubertería completa, botella de agua mineral, con máxima garantía de higiene.

Para los tiempos de reposo se oferta a los enfermos en estado de valimiento una biblioteca de cabecera con sistema de préstamo de todo tipo de lectura para niños y adultos y se ha dispuesto de una ludoteca infantil en Hospital Virgen del Camino y en el Hospital Reina Sofía.

Para los niños con tratamiento de larga estancia se ha instalado un "Aula escolar" en la planta infantil del Hospital Virgen del Camino con la colaboración de la Fundación "Caixa", dotada con cuatro equipos de informática y en la que colabora el Departamento de Educación con personal docente.

Se ha dispuesto desde 1997, los de servicio de peluquería y manicura en los Hospitales Virgen del Camino y de Navarra.

La mejora del trato a los pacientes y la relación interpersonal de los equipos asistenciales se ha abordado con cursos de formación para grupos multidisciplinarios de trabajo conjunto, sobre "Calidad en el trato y Relaciones Humanas en los Servicios de Salud", desde el año 1999 con 20 ediciones y 25 participantes, en cada una de ellas.

### **La corresponsabilidad**

La corresponsabilidad, o cooperación de los actores en la gestión y en los objetivos del Sistema Sanitario, es otra de los requerimientos que surge en la década de los noventa como respuesta a la plena asunción por parte de los gerentes, en la década de los 80 de las decisiones en los hos-

pitales públicos, que asumieron un modelo de gestión gerencial centralizado y jerárquico. Ello llevó al desentendimiento de los profesionales, en los asuntos gerenciales, en especial en los hospitales donde se introdujo un modelo matricial de dirección en el que los estamentos médicos, enfermería, personal y administración, constituyen unidades independientes permaneciendo en la cúspide el gerente quedando desintegrados los estamentos que tengan la misma unidad de acción. El papel de los profesionales como actores del sistema pone en evidencia la necesidad de su recuperación e implicación en las decisiones gerenciales, en el control del gasto sanitario, en el funcionamiento del centro y en la eficiencia y la cooperación de los profesionales.

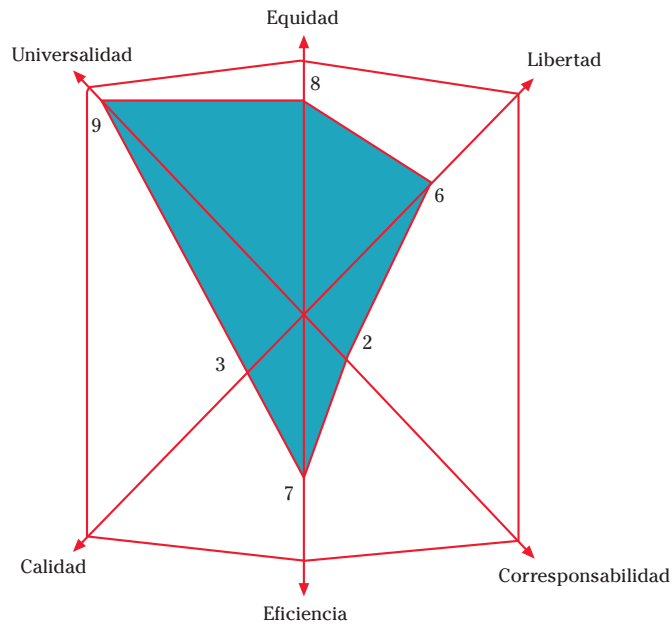
Ello requiere incorporar la figura de la **corresponsabilidad** en la gestión de los centros a través de la participación en los aspectos económicos, gerenciales, gestión de recursos, de personal para que todos los actores se impliquen en los resultados, no sólo asistenciales sino también económicos.

Ello requiere dos intervenciones que se incardinan y son consecuencia en sí mismo: la formación de los clínicos en materias de gestión y la atribución de responsabilidades a los mismos. Para ello el período 1999-2004 se ha avanzado en la **formación**, habiendo realizado 22 cursos de gestión clínica con una importante carga docente de 134 créditos y habiendo formado a 828 profesionales.

Este esfuerzo no ha ido acompañado de las reformas necesarias para dar confianza a los profesionales y haberles dado cierta autonomía en la gestión de sus unidades, lo que lleva a la frustración que no puede justificarse por la “razón” de que no quieren asumir responsabilidades, cuando en ninguna unidad se ha ensayado la fórmula de la corresponsabilidad con una efectiva descentralización, utilizada con éxito en otros países, y en España en aplicación de las nuevas formas de gestión del sector público sanitario.

Es verdad que el modelo salarial o contractual implantado en el Sistema Sanitario de Navarra desde el año 1991 en base a la total funcionarización de todos los estamentos incluidos los facultativos, entorpece cualquier atisbo de estimular y avanzar en la corresponsabilidad, por cuanto anquilosa cualquier modelo de incentivación a los profesionales en lo económico y en la asunción de responsabilidades innovadoras de la gestión, en beneficio de la eficiencia.

La crisis de los sistemas sanitarios europeos es de variada índole y no sólo económica. El modelo de gestión tiene también que ver con ello y una nueva regulación de la participación en corresponsabilidad del sistema público en alianza con sus profesionales ha de ser capital en próximos años venideros.



**Figura 2.** Figuración de los niveles alcanzados en los valores en el sistema sanitario de Navarra.

Fuente: Elaboración propia.

Como síntesis del diagnóstico realizado en relación con los principios y valores que inducen las actuaciones en el Sistema Sanitario de Navarra se presenta la figura 2 donde cada valor y de manera tentativa recibe una puntuación en base al grado de desarrollo o implantación alcanzado.

## **LAS PRESTACIONES SANITARIAS Y SOCIALES EN EL SISTEMA SANITARIO**

*Idoia de Gaminde Inda\**

### **LAS PRESTACIONES SANITARIAS**

El marco general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud se encuentra regulado en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud ha introducido modificaciones en algunos aspectos de ese “catálogo de prestaciones”.

El capítulo I regula las prestaciones del Sistema Nacional de Salud y su garantía, definiendo el catálogo de prestaciones como “el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprende las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, socio sanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario”. Las prestaciones incluidas en el catálogo, que se hacen efectivas a través de un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos, y que integran la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, se aprobarán por Real Decreto, y su posterior actualización se realizará por Orden del Ministro de Sanidad y Consumo.

La Ley introduce la regulación de las garantías de las prestaciones, en términos de accesibilidad, movilidad, tiempo, información, seguridad y calidad (arts. 23 a 29). A este respecto, el art. 28 establece que la accesibilidad de los centros, servicios y prestaciones de carácter sanitario para personas con discapacidad constituye un criterio de calidad que ha de ser garantizado por el SNS. En este sentido, los centros sanitarios de nueva creación deberán cumplir las normas vigentes en materia de promoción de la accesibilidad y de eliminación de barreras de todo tipo que les sean de aplicación. Respecto a los centros y servicios sanitarios ya existentes que sigan presentando obstáculos para los usuarios con problemas de movilidad o Comunicación, las Administraciones públicas sanitarias deberán promover programas para su eliminación.

**Salud pública:** La Ley 16/2003 introduce el concepto de salud pública entre las prestaciones del sistema, incluyendo dentro de su conteni-

---

\* Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.

do “la prevención de las enfermedades y de las deficiencias”. En este sentido es crucial el papel de las vacunas, la vigilancia de la seguridad alimentaria (recuérdese el caso del síndrome de colza) o los controles zoonosanitarios

En Navarra hay otra serie de prestaciones sanitarias específicamente dirigidas a la prevención de discapacidades como son:

- Programa de prevención de minusvalías psíquicas (Orden Foral 14 de septiembre de 1988, y Orden Foral de 13/2003, de 10 de febrero)
- Programa de detección precoz de sorderas infantiles (Orden Foral 170/1998 de 16 de noviembre )
- Programa de atención dental a la población infantil y juvenil (Orden Foral 69/2003, de 7 de abril, Orden Foral 77/2003, de 1 de julio)

**Prestación de atención primaria.** La atención primaria comprende numerosos aspectos de relevancia para las personas sanas, enfermas o con discapacidad. Así, según el art. 12 de la Ley 16/2003, la atención primaria comprenderá la asistencia a demanda programada y urgente tanto en consulta como en el domicilio del enfermo (art. 12.2.a); las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria (art. 12.2.c); la rehabilitación básica (12.2 e); las atenciones y servicios específicos relativos a grupos de riesgo y enfermos crónicos (12.2 f); la atención paliativa a enfermos terminales (12.2 g); la atención a la salud bucodental (12.2 i), así como la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada (art. 12.2.h).

**Prestación de atención especializada.** Comprende la asistencia en consultas, en hospital de día médico y quirúrgico, el internamiento, el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio; la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable, la atención a la salud mental y la atención paliativa a enfermos terminales.

A partir de la Ley de Cohesión y Calidad la rehabilitación funcional es una actividad propia tanto de la atención especializada como de la atención sociosanitaria que se incluye como nueva prestación, mientras que en el nivel de atención primaria se realiza la rehabilitación básica. Ello es coherente con el propio concepto de rehabilitación integral, que comprende no sólo el restablecimiento de estructuras corporales o funciones fisiológicas o mentales que presenten algún tipo de anomalía (rehabilitación que se lleva a cabo normalmente en centros de atención especializada o primaria), sino el asesoramiento, la capacitación en la atención propia, el suministro de dispositivos y aparatos ortoprotésicos, junto a otros aspectos que no corresponden al ámbito de las Administraciones sanitarias, como

la rehabilitación profesional, (aspectos que han sido fundamentalmente asumidos por los Servicios Sociales y, por lo que hace a la rehabilitación profesional, por las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social), las ayudas técnicas del INSERSO y los tratamientos de apoyo en educación especial. Por otro lado, en el ámbito de la atención especializada cabe recordar la necesidad de garantizar el acceso de las personas con discapacidad, independientemente de su lugar de residencia, a los centros de referencia establecidos para la atención a aquellas patologías que precisen para su atención una concentración de recursos diagnósticos y terapéuticos. La atención en estos servicios de referencia, (fundamental para muchas personas con discapacidad, como p. ej. los tratamientos médico-quirúrgicos y de rehabilitación integrales para las personas con lesión medular, daño cerebral y discapacidad física grave de origen neurológico (Orden Foral 60/2003, por la que se crea la unidad de daño cerebral y medular de la Clínica Ubarmin)

Se ha puesto de manifiesto en reiteradas ocasiones la insuficiencia de estructuras intermedias de apoyo a la rehabilitación de las personas con discapacidad (hospitales de día, comunidades terapéuticas, pisos protegidos y centros ocupacionales); la adaptación de los equipos médicos de diagnóstico a las distintas restricciones de las personas con discapacidad para que puedan ser utilizados con normalidad por éstas; reconocer el papel asistencial de las familias e impulsar una coordinación efectiva entre las diferentes redes y servicios de atención.

**La atención a la salud mental.** La atención a la salud mental, que forma parte tanto de las prestaciones del nivel de atención primaria como especializada, merece una atención diferenciada. En este sentido, la inclusión específica de la salud mental entre las prestaciones de atención primaria a partir de la Ley 16/2003 debería implicar una mejora del diagnóstico en este nivel, un reforzamiento de la continuidad de la atención con la atención especializada. Hay aspectos de la atención a la salud mental que escapan al ámbito de lo estrictamente sanitario. La rehabilitación tiene como objetivo la integración social de las personas afectadas, maximizar su funcionalidad, conseguir que tengan acceso a los servicios y oportunidades fundamentales. Ello significa que un desarrollo adecuado de la atención a la salud mental deberá ir vinculado al modelo de atención a las necesidades sociales de este colectivo. La atención psiquiátrica a pacientes menores de edad, la necesidad de estructurar una red de centros y servicios para la asistencia a pacientes psiquiátricos de larga duración se revelan como ámbitos especialmente deficitarios en recursos específicos.

**Prestación de atención sociosanitaria.** *La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud específica la* inclusión de la prestación sociosanitaria en el conjunto de las prestaciones del SNS. El art. 14 la define como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiar-

se de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. Se concretan, asimismo, las actuaciones que comprende dentro del ámbito estrictamente sanitario y que serán los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable (prestación ésta última compartida, como se ha visto, con el nivel de la asistencia sanitaria especializada). Se establece, asimismo, la obligación de que se garantice la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes. Es evidente que la sola inclusión de la definición de la asistencia sociosanitaria no significa que se haya articulado el modelo, los recursos y los medios que soportarán dicha prestación

**Prestación farmacéutica. Un aspecto de interés en el ámbito de esta prestación es la necesidad de actualización** del listado de enfermedades clasificadas como crónicas con vistas a la aplicación de la aportación reducida de los enfermos crónicos a determinados colectivos de personas con discapacidad, como las personas afectadas por enfermedades raras y síndromes minoritarios.

**Prestación ortoprotésica.** La Ley de Cohesión y Calidad del SNS se limita a definir genéricamente el contenido de esta prestación y a establecer que se facilitará por los servicios de salud que dará lugar a ayudas económicas, remitiéndose al futuro desarrollo reglamentario en cuanto los casos y condiciones que la regularán. Se trata de una de las prestaciones más importantes para algunos grupos de personas con discapacidad. En Navarra esta prestación se encuentra regulada por el Decreto Foral 17/1998, de 26 de enero, por el que se regula la prestación ortoprotésica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y prótesis especiales.

Prestación de transporte sanitario: **La Ley de Cohesión y Calidad del SNS establece explícitamente como novedad** respecto a la normativa anterior que el transporte sanitario deberá ser necesariamente accesible a las personas con discapacidad. La adecuada definición en la cartera de servicios de la prestación de transporte sanitario adaptado es uno de los aspectos de mayor interés desde la perspectiva de las personas con discapacidad como usuarias de los servicios sanitarios. En el ámbito de esta prestación, hay que tener en cuenta otras peculiaridades, como el transporte de enfermos mentales contra voluntad, en el que entra en juego un delicado equilibrio entre el derecho a la salud y otros derechos individuales de la persona.

## LAS PRESTACIONES SOCIALES

La Constitución Española, en su artículo 49, establece que: “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilita-

ción e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestará la atención especializada que requieran y los amparará especialmente para el disfrute de los derechos que este Título I otorga a los ciudadanos”. En virtud de dicho mandato constitucional, los poderes públicos deberán desarrollar las políticas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan disfrutar del conjunto de todos los derechos: sociales, económicos, civiles y culturales. El referido mandato constitucional tuvo su reflejo en la Ley 13/1982, de 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) significando una primera concreción de ese amparo especial que la Constitución reconoce a las personas con discapacidad, siendo, a su vez, el punto de partida para la realización de una serie de políticas sociales encaminadas a lograr la plena integración y normalización de aquel colectivo. El concepto de servicios sociales es utilizado en el artículo 50 de la Constitución Española con referencia a la tercera edad: “los poderes públicos... promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda cultura y ocio”, es decir el concepto de servicios sociales que recoge la Constitución se corresponde con un concepto amplio de los mismos. No obstante, la materialización de los llamados derechos sociales recogidos en la Constitución entre los que se encuentran las estipulaciones del artículo 49 y 50 de la misma, carecen de la caracterización de verdaderos derechos públicos, subjetivos exigibles con base en la norma constitucional, sino que, por el contrario, sólo podrán ser exigidos de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen (artículo 53 de la Constitución). La consecuencia es que la articulación de dichos derechos se ha llevado a cabo mediante un complejo entramado normativo en el que las diferentes Administraciones han ejercido sus competencias normativas y de ejecución sobre dicha materia, a veces sin el grado de colaboración, cooperación y coordinación debido. Conforme al régimen de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas sobre esta materia (artículos 148.1.20 y 141.1.17 C.E.), y en lo que afecta a los servicios sociales, en el sistema de seguridad social existen dos prestaciones de servicios sociales, la de minusválidos (reeducación y rehabilitación al que hace referencia los artículos 38.1.e y 53 y 54 de la Ley General de la Seguridad Social) y la de personas de la tercera edad, al que hace referencia el artículo 38.1 de dicho texto normativo. El legislador estatal en virtud del artículo 149.1.18 CE y a través de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, (LBRL), incluyó entre las competencias que, necesariamente, los municipios tienen que ejercer, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, la prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social (artículo 24.2.K) y, al tiempo, dentro de los servicios mínimos obligatorios que, necesariamente deben prestar los municipios a sus vecinos, se establece la prestación de servicios sociales en municipios con población superior a 20.000 habitantes (artículo 26 LBRL).



Las Comunidades Autónomas han procedido a regular la competencia sobre asistencia social que la Constitución, en el artículo 148.1.20, les atribuía, si así los asumían estatutariamente, como competencia exclusiva. Todas las leyes autonómicas de servicios sociales han tenido como finalidad implantar un sistema público de servicios sociales, que ponga a disposición de las personas y los grupos en los que se integran recursos, actividades, prestaciones y equipamientos, dotados de una organización para el logro de su eficaz desarrollo. Las citadas leyes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas distinguen los servicios sociales generales o comunitarios y los especializados. Los primeros están dirigidos a toda la población mientras que los segundos atienden a colectivos específicos de población en razón a las especificidades de dichos colectivos (infancia, mujer, personas con discapacidad...).

En 1988 el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con cada Comunidad Autónoma estableció a través de un convenio-programa, una cooperación económica y técnica con los Entes Locales. El objetivo consistía en financiar una red básica de servicios municipales que garantizara unas prestaciones básicas a los ciudadanos en situación de necesidad. Al conjunto de la operación se le denomina Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. Las prestaciones que garantiza el Plan son las siguientes: información y orientación, ayuda a domicilio, alojamiento y convivencia, y prevención e inserción social. Mientras que la red básica de servicios sociales generales está gestionada por los Entes Locales, los servicios sociales especializados se organizan y gestionan, con titularidad de las Comunidades Autónomas, en función de los colectivos a los que van dirigidos.

Interesa señalar que la inexistencia de un marco general de contenidos mínimos es todavía un obstáculo al pleno desarrollo de los servicios sociales, razón por la cual el acuerdo entre Comunidades Autónomas y Administración Central con la finalidad de establecer unos criterios básicos para tales servicios, es una asignatura pendiente. En este sentido el II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007 prevé el establecimiento de común acuerdo con las Comunidades Autónomas, de un catálogo básico de prestaciones sociales de atención sociosanitaria, así como la suscripción de un Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para sentar las bases de un modelo de atención sociosanitaria. Igualmente se contempla el compromiso de adoptar Convenios-Programa entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales de estas últimas.

El "Informe sobre la situación de las personas con discapacidad en España" aprecia una serie de rasgos característicos en el "modelo" de servicios sociales existente en nuestro país, que posiblemente también es de aplicación en Navarra:

- Existencia de una pluralidad de programas dirigidos a diversos colectivos (mayores, personas con discapacidad, inmigrantes, mujeres...).
- Una gestión asimismo plural en la que participan las tres administraciones: Estado, Comunidades Autónomas y Entes Locales, **con déficit de coordinación entre los distintos niveles.**
- Constatación de una importante presencia del sector privado, bien a través del sector no lucrativo, bien a través del sector privado lucrativo que fundamentalmente desarrolla su actividad en aquellas parcelas donde es previsible la obtención de un rendimiento económico.
- La existencia de ese entramado de actores prestadores de servicios conlleva una complejidad añadida en la relación entre los mismos.
- Asimismo se aprecian importantes diferencias regionales, tanto en el volumen y calidad de los servicios, como en la articulación de la gestión. En este sentido las Comunidades Autónomas más ricas han desarrollado programas más avanzados y con una tasa de cobertura mayor.

En Navarra desde la aprobación en el año 1983 de la Ley Foral de Servicios Sociales, se ha promovido la creación de Centros y Servicios que persiguen el desarrollo y bienestar de las personas que precisan de ellos, para equiparar sus derechos con el resto de la población, porque su situación personal o social puede ocasionarles carencias graves. El Decreto Foral 209/1991 regula las funciones básicas de la Inspección de Servicios Sociales. Asimismo, en su anexo, clasifica dichos Servicios y Centros en las siguientes áreas:

- Área de Infancia y Juventud
- Área de Tercera Edad
- Área de Minusvalías
- Área de Reinserción social
- Área de Familia y Comunidad

En Navarra, como en el resto del Estado e incluso en el entorno europeo, los Servicios Sociales se desarrollan a espaldas, o al menos al margen del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica, dejando absolutamente en manos de la Administración Sanitaria la atención a las personas con enfermedad mental, como se constata en la Ley de Servicios Sociales de 1983.

La experiencia desarrollada en los años posteriores al inicio de la reforma psiquiátrica vino a evidenciar la ausencia de actuaciones en relación con las necesidades sociales y psicosociales del enfermo mental grave, por lo que a partir de 1995, desde la propia red de Salud Mental y desde el sector asociativo se inician actuaciones de análisis de la situación de este colectivo y comienzan a demandar a las instituciones públicas medidas para paliar la grave situación de desatención que sufren las personas

con trastorno mental grave y sus familias. Este proceso ha ido jalonado por la aparición de diversos documentos como son el Plan Foral de Atención Sociosanitaria que se aprueba inicialmente por Acuerdo de Gobierno el 27 de junio del año 2000 que tiene entre sus objetivos, el trabajo integral, coordinado y complementario de los Departamentos de Salud-Bienestar Social en la atención a las personas con trastorno mental grave, que se identifica como población objeto de atención sociosanitaria, por la necesidad de cuidados simultáneos de carácter sanitario y social. El “Plan de Salud” de Navarra 2001/2005, incluye un capítulo centrado en el trastorno mental, en el que se definen como los que conllevan una interferencia social grave y persistente con el requerimiento de cuidados sanitarios y sociales importante. En el año 2004 el Departamento de Bienestar Social elabora un borrador de una “Propuesta de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave”, en el que en colaboración con el Departamento de Salud, “proponemos la puesta en marcha de un Programa que, recogiendo el marco teórico ya elaborado, consensuado y compartido por todos los sectores implicados, proponga, desde un análisis de los datos reales de necesidades/recursos, la creación de una red básica de servicios implementada fundamentalmente desde el ámbito social. Esta red básica viene a completar la red de recursos socio-sanitarios para enfermos mentales, siguiendo un modelo de atención biopsicosocial donde se garantice la asistencia, rehabilitación e integración en la comunidad del enfermo mental grave, como ciudadano que forma parte de la misma.”

## BIBLIOGRAFÍA

- Boletín Oficial del Estado: <http://www.boe.es/g/es/boe/meses/200504.php>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. <http://www.diariomedico.com/sanidad/leycohesion090503.pdf>
- Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local. <http://www.igsap.map.es/cia/dispo/25119.htm>
- IMSERSO. Informe sobre la situación de las personas con discapacidad en España. Madrid: IMSERSO (Consejo Económico y Social), 2003:205.
- Programa de atención a personas con trastorno mental grave. Dirección General de Bienestar Social. <http://www.cfnavarra.es/BienestarSocial/Informe%20T.M.G.2.pdf>



## ANEXO

**Tabla 1. Normativa referente al derecho a la salud**

- **Constitución española de 1978, Artº. 43**
    1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
    2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
    3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.
  - **Ley General de Sanidad de 1986, Artículos: 1,2; 2,2; 44,2; 45; 46,a) 82 primer párrafo (modificado por Ley 21/2001; adicional Primera 1.**
    - Artículo uno
      1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.
      2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional.
    - Artículo dos
      3. Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de autonomía.
- De la estructura del sistema sanitario público. Capítulo primero: de la organización general del sistema sanitario público**
- Artículo cuarenta y cuatro
    2. El sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley.
  - Artículo cuarenta y cinco

El sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.
  - Artículo cuarenta y seis

Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

    - a) La extensión de sus servicios a toda la población.

### **De la financiación**

- Artículo setenta y ocho  
La compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos
- Artículo ochenta y dos  
La financiación de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará a través de los Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social, según corresponda

### **Disposiciones Adicionales:**

- Primera:
  1. En los casos de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de la Comunidad Foral de Navarra, la financiación de la asistencia sanitaria del Estado se regirá, en tanto en cuanto afecte a sus respectivos sistemas de concertos o convenios, por lo que establecen, respectivamente, su estatuto de Autonomía y la Ley de Reintegración y Amejoramiento del Fuero.
- **Ley Foral de Salud 107/1990; Artículos 1º; 2º.1; 31º 1,2 y 3**
  - Disposiciones generales  
Artículo 1. La Diputación Foral o Gobierno de Navarra constituye el poder público al que corresponden las funciones de ejecución y administración, para hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos en el ámbito de la Comunidad Foral, en virtud de los derechos y competencias que se reconocen a Navarra y de cuanto se contempla en la Constitución española.  
Artículo 2. La presente Ley foral tiene por objeto la regulación general de las actividades sanitarias de las entidades públicas y privadas, incluidas las de los sistemas de aseguramiento, en materia de sanidad interior, higiene y asistencia sanitaria, así como la creación del Servicio Navarro de Salud, todo ello con el fin de hacer efectivos el derecho a la protección a la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución.  
Artículo 3.
    1. La asistencia sanitaria pública dentro del territorio de la Comunidad Foral se extenderá a todos los ciudadanos residentes en cualquiera de los municipios de Navarra.
    2. El acceso a las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
    3. Las prestaciones sanitario-asistenciales ofertadas serán como mínimo, las fijadas en cada momento para los servicios sanitarios de la Seguridad Social.
- **Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud**
  - Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud  
Artículo 1. Sistema Nacional de Salud facilitará atención y asistencia sanitaria a toda la población, conforme a lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en este Real Decreto y demás disposiciones que resulten de aplicación.

- **Real Decreto 2583/1996, de 13 de Diciembre sobre estructura y funciones del INSS**
  - Artículo 1. Naturaleza y atribuciones.
    - 2ª) El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria
- **Ley 16/2003 de 28 de Mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Artículo 2.9, B9 y e); artículo 31.A);**
  - Disposiciones generales
    - Artículo 2. Principios generales.  
Son principios que informan esta ley:
      - a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.
      - b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado
      - e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.
    - Artículo 3. Titulares de los derechos.
      - 1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:
        - a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.
  - De las prestaciones
    - Artículo 10. Financiación
      - 1. Las prestaciones que establece esta ley son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago.....
      - 2. ....Ley Orgánica 8/1980 de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.

#### **SOBRE FINANCIACION DE LA ASISTENCIA SANITARIA**

- **Ley 49/1998 de 30 de Diciembre de Presupuestos del Estado. Artículo 12 Uno.**
  - Artículo 12. De la Seguridad Social
    - Uno. La financiación de la asistencia sanitaria, a través del Presupuesto del Instituto Nacional de la Salud, se efectuará con dos aportaciones finalistas del Estado...
- **Orden TAS/ 192/2002 de 31 de enero sobre cotizaciones a la Seguridad social, Artículo 23 a)**
  - Artículo 23. Determinación de las cuotas
    - a) La cuota de asistencia médico-farmacéutica por enfermedad común que corresponde satisfacer a los colectivos ajenos y en aplicación de Convenios Internacionales,.....  
.....por accidente de trabajo y enfermedades profesionales.....

• **Ley 21/2001 de 27 de Diciembre de Financiación de Comunidades Autónomas. Artículo 68.2**

➤ Artículo 68. Modificaciones de la Ley General de Sanidad

2. El contenido del artículo 82 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, quedará redactado como sigue:

“La financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad\* Social transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará según el Sistema de financiación autonómica vigente en cada momento.

Las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, elaborarán anualmente el presupuesto de gastos para dicha función, que deberá contener como mínimo la financiación establecida en el Sistema de Financiación Autonómica.

El presupuesto, una vez aprobado, será remitido a los órganos competentes de la administración del Estado, a efectos de conocer el importe de la financiación total que se destina a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social”.



# **DETERMINANTES DE LA SALUD**



## POBLACIÓN Y ENTORNO SOCIOECONÓMICO

### ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA

#### *Itxaso Mugarra Bidea \**

Se analiza la estructura de la población navarra, a 31 de diciembre de 2003, y en su caso los datos más recientes disponibles, y su evolución en los últimos años. Se incluyen los mismos indicadores que en el “Diagnóstico de Salud de Navarra 1993”, y además los indicadores específicos sobre la población inmigrante, que han adquirido gran relevancia en el decenio. Se analiza así mismo la estructura de los hogares, observando los aspectos que pueden influir en el nivel de salud (hogares monoparentales, personas mayores de 65 años que viven solas, etc). Por último se describe el movimiento natural de la población, analizando la evolución de la tasa de natalidad, fecundidad, edad media a la maternidad, y el país de origen de la madre.

### ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

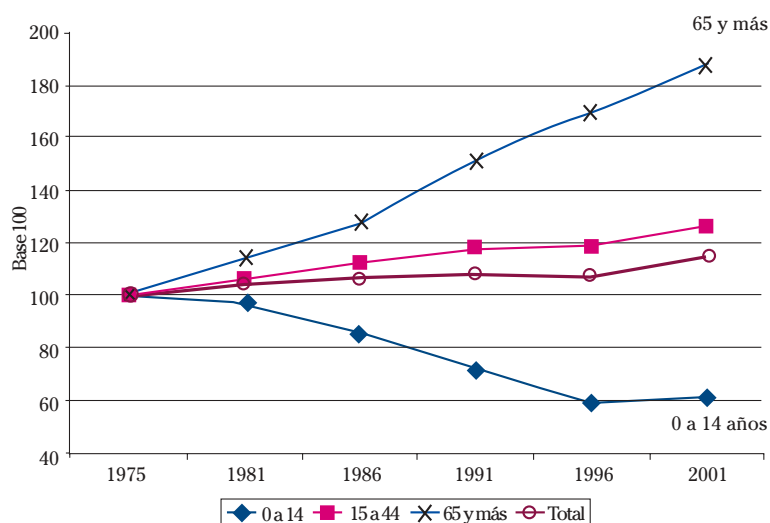
La **población residente** en Navarra según el último censo de población del 2001 es de 555.829 habitantes, 279.115 mujeres (50,2%) y 276.714 hombres (49,8%). Según datos más recientes del padrón municipal de habitantes del 2003, la población navarra alcanzó los 578.210 habitantes. Si observamos la **evolución desde el año 1975**, se aprecia que la población aumentó ligeramente hasta principios de los 80, manteniéndose en niveles similares hasta finales de los 90. Es a partir de la segunda mitad de la década de los 90 cuando se observa un cambio en la tendencia en la evolución de la población navarra, que comienza a crecer coincidiendo con el aumento de la población inmigrante en ese mismo período (Fig. 3). Entre los años 1996 y

---

\* Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

2003, la población navarra creció en 57.636 personas, un 11,1%. Algo más de 35.000 de esos nuevos habitantes, casi dos tercios, son extranjeros.

Por grupos de edad, se observa la tendencia creciente de los mayores de 65 años, cuyo peso va aumentando en el total de la población, y la tendencia decreciente de los menores de 15 años en todo el período hasta mediados de los 90 (Fig. 3).



**Figura 3.** Evolución de la población por grupos de edad. Navarra (1975-2001).

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, "Estadística de población de Navarra 1996"; Instituto Nacional de Estadística "Censo de población y vivienda 2001". Elaboración propia.

En cuanto a la distribución geográfica, la densidad de población de Navarra a 1 de enero de 2003 es de 55,65 habitantes por km<sup>2</sup>, muy inferior a la media nacional de 84,42. Pero la densidad varía según la zona. Cada vez es mayor la proporción de población que reside en la zona de Pamplona y comarca, 52,7% en 2003 frente a 46,9% en 1996, mientras el resto de zonas de Navarra, excepto la zona de Tudela, han perdido peso sobre el conjunto de la población. En este sentido, las zonas norte y media de Navarra han aumentado levemente su población, mientras que las zonas sur y Pamplona recogen crecimientos del 1,39% y 2,37% respectivamente. Del mismo modo los municipios de menos de 5.000 habitantes pierden también importancia en favor de aquellos de mayor dimensión, representando el 36,9% de la población navarra en el año 2003. En este sentido se observa que los municipios entre 5.000 y 10.000 habitantes concentran el 7,6% de la población en 1991, aumentando al 9,8 en 2003 (56.774 habitantes).

La población navarra crece poco, aunque el **crecimiento vegetativo** es positivo, con más nacimientos que defunciones, siendo el crecimiento vegetativo entre 100 y 300 personas al año en el período 1996-2000.

Si se analiza la estructura de la **población por edad y sexo**, según datos del censo del 2001, se observa que hasta la quinta década de la vida hay más hombres que mujeres (50,5%). A partir de los 60 años por el contrario, hay más mujeres que hombres. Así, entre 65 y 70 años, el 51,8% son mujeres; entre 75-80 años el 57,5%; de 85-90 años el 68,8%; y de más de 90 años el 72,6%. La sobremortalidad masculina en todos los grupos de edad explica en parte que el número de mujeres exceda al de los hombres en los grupos de mayor edad (Fig. 4). Por otro lado, el mayor porcentaje de inmigración de hombres, especialmente entre los 20 y 44 años, influye en el aumento del peso de la población masculina en esos grupos de edad. El 60% de la población inmigrante entre 25 y 44 años son hombres, frente al 51% en población no inmigrante, según el censo de población y vivienda del 2001.

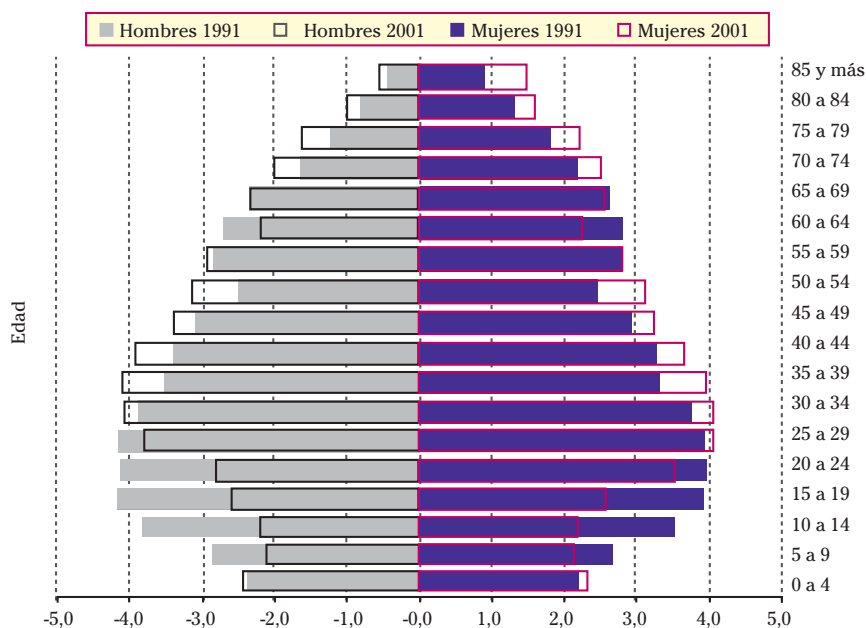
Si comparamos la estructura de las **pirámides de población de los dos censos 1991 y 2001**, se observa un envejecimiento de la misma, ya que la población entre 5 y 24 años es menor en este último censo (estrechamiento de la base), mientras que en los tramos de edad entre 25 y 54 años es superior tanto en hombres como en mujeres, con especial incidencia en los tramos de 30 a 39 y de 50 a 54 años en ambos sexos.

El estrechamiento en la base de la pirámide es especialmente visible en los grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años, ya que hay un retroceso de la población en esos grupos de edad entre los años 1991 y 2001. Se observa así mismo un aumento de la población mayor de 70 años, en ambos sexos, aunque a partir del tramo de 80 a 84 años aumenta sobre todo la proporción de mujeres (Fig. 4).

Se observa un progresivo **envejecimiento** de la población. Por un lado la población infantil (0 a 14 años) se ha ido reduciendo, pasando del 34,6% en 1900, al 26% en 1975, 21% en 1986 y 13,7% en el 2001. Por otro lado el peso de la población mayor de 65 años está aumentando de forma progresiva, y ha pasado de un 5,4% en 1900, al 11,1% en 1975, 13,3% en 1986 y 18,1% en el 2001, es decir se ha triplicado el peso de los mayores de 65 años en el conjunto de la población en los últimos 100 años. Este crecimiento ha sido más elevado en los mayores de 80 años, que han crecido un 146% en los últimos 20 años (1981-2001), pasando de 10.453 en 1981 a 25.702 en el 2001.

Por zonas geográficas, y según la “Encuesta de condiciones de vida de la población navarra en 2003”, el área de Pamplona es la menos envejecida, con una proporción de mayores de 64 años del 14,9% frente a valores superiores al 20% en el resto de las zonas. En términos comparativos la zona más envejecida es la zona Media, con un 23,1% de población mayor de 64 años. Sin embargo, la zona Norte es la que más ha envejecido en el período

1991-2003, habiendo aumentado su tasa de envejecimiento en un 22,3%. A su vez la zona Sur es la que menos ha envejecido en la última década.



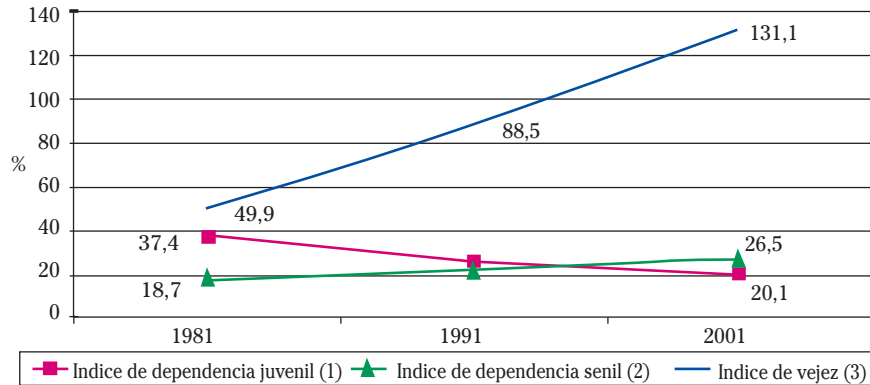
**Figura 4.** Población de Navarra por edad y sexo en los censos de 1991 y 2001.

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra e Instituto Nacional de Estadística "Censo de población y viviendas 1991 y 2001".

En España, según el informe de desarrollo humano de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la población mayor de 65 años representaba en el 2002 el 17%, 4 puntos por encima (13,3%) de la media de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Europeo), siendo todavía superior en Navarra (18,1%).

Si observamos la evolución de los **índices de dependencia y vejez** durante el período 1981-2001, destaca en especial el incremento del índice de vejez<sup>1</sup>, que casi se triplica en el período, pasando del 50% en 1981 al 132% en el 2001. El índice de dependencia senil<sup>2</sup> aumenta del 19% al 26% para el mismo período, mientras el índice de dependencia juvenil<sup>3</sup> se reduce del 37% al 20% (Fig. 5).

1. Nº de personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años.
2. Nº de personas mayores de 64 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años.
3. Nº de personas menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años.



**Figura 5.** Evolución índices de dependencia y vejez en Navarra 1981-2001.

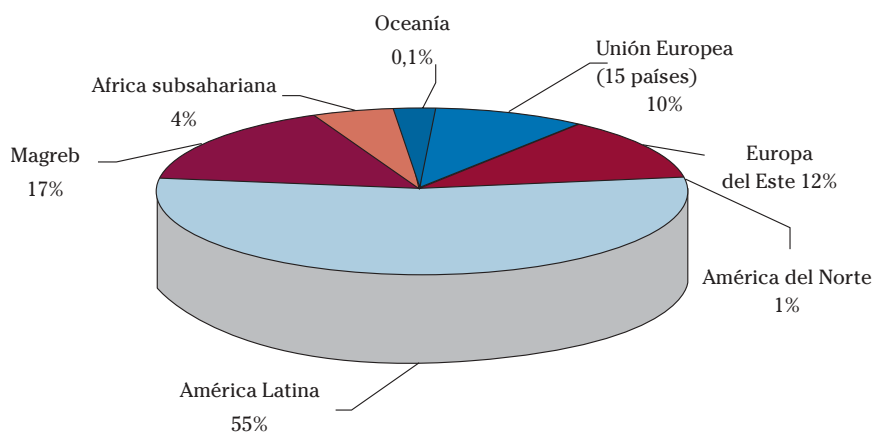
Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

- (1) Nº de personas menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años.
- (2) Nº de personas mayores de 64 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años.
- (3) Nº de personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años.

Si analizamos la **población residente en Navarra según país de origen**, a partir del padrón municipal de habitantes a enero del 2003, vemos que el 6,7% de la población navarra en el 2003 es inmigrante (38.728 personas). En 1996, representaban tan solo el 0,6% de la población empadronada en Navarra. Por lugares de origen, el grueso de la población extranjera procede de América Latina (55%), de los cuales el 77% proceden de Ecuador y Colombia. El segundo bloque en tamaño lo representa el Magreb (17%), seguido de la Europa del Este (12%), la Unión Europea-15 países- (10%) y el África subsahariana (4%). Tan solo 4 países Ecuador, Colombia, Marruecos y Argelia, concentran el 65,5% de la población inmigrante extracomunitaria. Del total de inmigrantes el 56% son hombres, porcentaje superior a la población autóctona en la que es el 50% (Fig. 6).

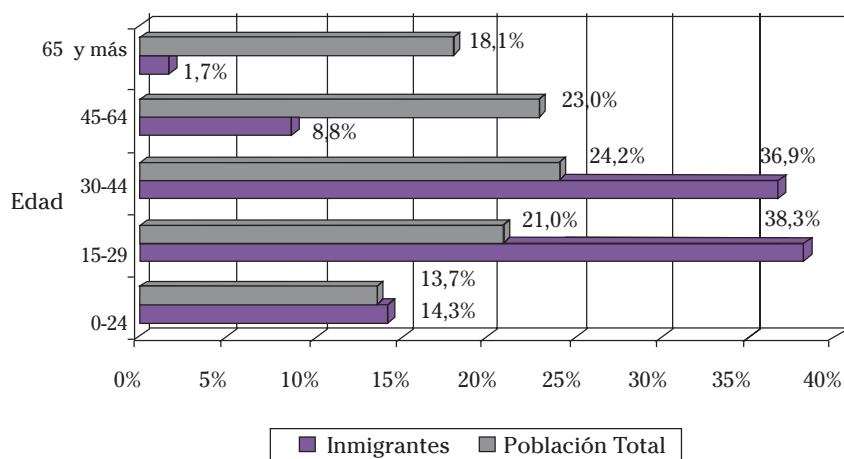
La distribución por edades entre los inmigrantes muestra una población joven, en la que el 75,2% de la población inmigrante tiene entre 15 y 44 años. La proporción de menores de 15 años no es muy alta (14,3% en inmigrantes extracomunitarios), y el peso de los mayores de 65 es muy bajo, tan solo un 1,7%, siendo el porcentaje en población no inmigrante del 18,8% (Fig. 7).

Si observamos la evolución de la población inmigrante en el período 1996-2003, vemos que mientras que la población extranjera de países desarrollados ha crecido muy lentamente, la población proveniente de países en desarrollo se ha multiplicado por 5 en los últimos 3 años (Fig. 8).



**Figura 6.** Población inmigrante según área de origen. Año 2003.

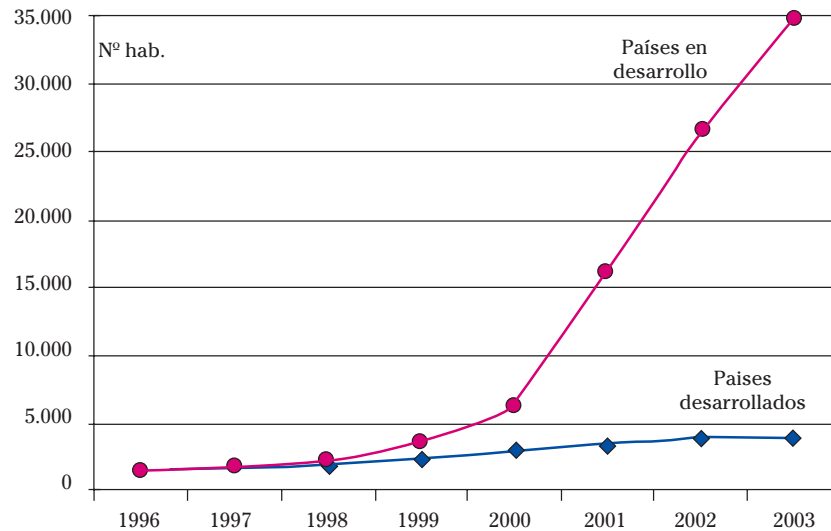
Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, "Padrón municipal de habitantes al 1.1.2003".



**Figura 7.** Población residente en Navarra por grupos de edad y lugar de origen. Año 2001.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística "Censo de población y vivienda 2001".





**Figura 8.** Evolución de las personas extranjeras empadronadas en Navarra 1996-2003.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística "Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de cda año".

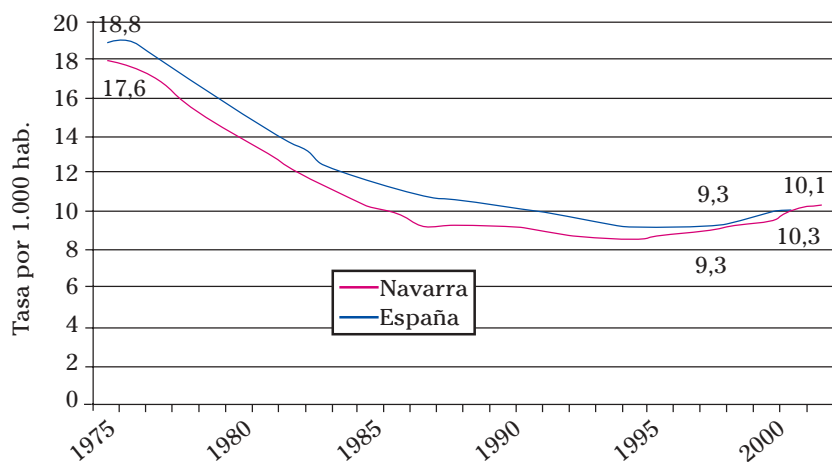
## MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN

La **evolución de la tasa de natalidad** en Navarra, desde el año 1976 muestra una tendencia descendente hasta 1987, año a partir del cual se estabiliza durante aproximadamente 10 años, y a partir de 1998, comienza a crecer de forma suave, pasando la tasa bruta de natalidad del 9,3 por mil habitantes en 1998 al 10,3 por mil en 2002 (Fig. 9). A nivel nacional la tendencia descendente continúa hasta mediados de los 90, y a partir de esa fecha comienza a crecer, hasta alcanzar la tasa del 10,1 por mil en el año 2002.

El **indicador sintético de fecundidad (ISF)**, que resume el número medio de hijos por mujer, ha pasado de 1,2 en 1998 a 1,3 en 2002. El aumento ha sido posible por la mayor fecundidad de las mujeres extranjeras residentes en Navarra. Así mientras en 2001 el ISF de las mujeres de nacionalidad española era de 1,2 el de las extranjeras era de 1,7.

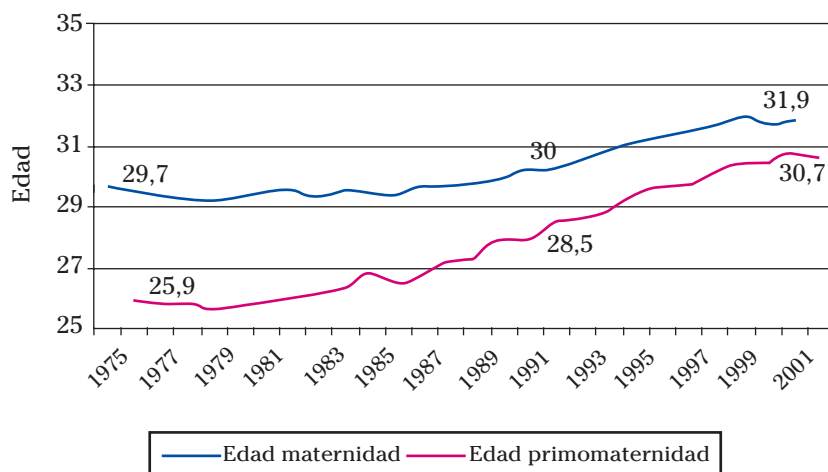
En consonancia con los datos anteriores se observa un incremento de la proporción de **nacimientos de madre extranjera**, habiendo aumentado desde un 3,7% en 1999 hasta un 11,1% en 2002 (5.809 niños). En el ámbito nacional, para este último año, el porcentaje es de 10,4%. En cuanto a la **edad media a la maternidad**, se aprecia una tendencia creciente. En

2002 la edad media de las madres al nacimiento de sus hijos es de 31,9 años, mientras 10 años antes, en 1992, eran casi 2 años más jóvenes. En cuanto a la edad a la **primera maternidad**, ésta es de 30,7 años. En 1991 el 49,3% de los nacidos vivos, nacían de madres de más de 30 años, porcentaje que se eleva al 70,3% en el 2001 (Fig. 10).



**Figura 9.** Evolución de la tasa bruta de natalidad 1975-2002.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística "Movimiento natural de la población".



**Figura 10.** Evolución de la edad media a la maternidad de las mujeres de Navarra. 1975-2001.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística "Movimiento natural de la población 2002".

## DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

*Itxaso Mugarra Bidea\**

En este apartado se presentan los determinantes socioeconómicos de tipo estructural, que están influyendo sobre el nivel de salud de la población, como son el acceso a la educación; el trabajo y las condiciones laborales; el nivel de renta y su distribución; y el acceso a la vivienda, entre otros.

Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre los determinantes socioeconómicos de la salud del 2003, las políticas sanitarias deben tener en cuenta este tipo de determinantes. En dicho informe se señala, cómo hay cada vez más evidencia internacional, que corrobora el papel clave de los factores socioeconómicos y su impacto en el nivel de salud de la población: los estilos de vida, el nivel de educación y las condiciones en que vive y trabaja la población, entre otros. Los desempleados, las minorías étnicas, las personas con discapacidad y las personas sin hogar, se encuentran entre los grupos de especial riesgo. Asimismo, la pobreza y exclusión social aumenta el riesgo de incapacidad, enfermedad, adicciones y aislamiento social. Según este mismo informe, las personas de clases sociales más bajas tienen, al menos, dos veces más riesgo de padecer una enfermedad grave y muerte prematura que las de clases sociales más altas.

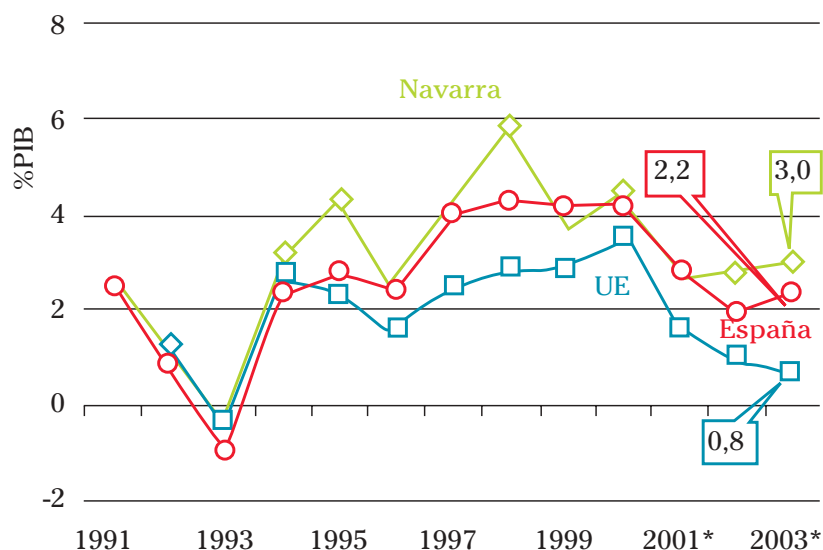
### NIVEL DE RENTA E ÍNDICES DE DESARROLLO Y POBREZA HUMANA

La **tasa de crecimiento del producto interior bruto (PIB)** de Navarra tiene una tendencia creciente, por encima del Estado Español en la mayor parte del período 1991-2003, y superior a su vez a la tasa media de crecimiento del PIB en la Unión Europea. En el año 2003 el PIB creció un 3% en Navarra, y un 2,2% a nivel nacional, por encima del crecimiento medio de la UE del 0,8% (Fig. 11).

Respecto a las regiones de la Unión Europea (UE 15), y considerando el indicador de PIB regional en términos de paridad de poder de compra en 2001, Navarra se sitúa en el puesto 51 de las 266 regiones consideradas de la Unión Europea (15 países), con valores similares a los de East Wales del Reino Unido, Rhone-Alpes y Alsace en Francia.

---

\* Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.



**Figura 11.** Evolución del PIB. Precios constantes.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística "Contabilidad Trimestral de Navarra"; Instituto Nacional de Estadística "Contabilidad Nacional de España" (\*) Datos provisionales.

En términos de **renta familiar bruta disponible** en paridad de poder de compra, los primeros lugares en el año 2003 son ocupados por Aragón (117,8), Madrid (115,7), C.A.Vasca (115,5), Navarra ( 112,2) y Cataluña (111,5). En los últimos se sitúan Murcia, Andalucía, Extremadura y Canarias (Tabla 2).

Según la "Encuesta de condiciones de vida de la población navarra 2003", el 68% de los hogares mantiene la misma situación económica que el año anterior (2002), el 19,6% señala que ha empeorado, y el 12,3% restante que ha mejorado. El 16,2% de los hogares define su nivel económico como medio-bajo, y el 7,8% como bajo, lo que supone que 1 de cada 4 hogares de Navarra perciben estar en una situación inferior a la media. Los hogares con situaciones económicas más humildes -nivel bajo y medio bajo- se caracterizan por ser los de menor tamaño y más envejecidos. De esta forma las economías más limitadas se concentran sobre todo en las viviendas con personas jubiladas, mientras que las más elevadas, en hogares jóvenes en los que hay 2 o más personas con trabajo. En las áreas rurales hay una mayor presencia de hogares con rentas bajas, debido en su mayor parte a las variaciones en la estructura de la población (mayores tasas de envejecimiento en zonas rurales).

**Tabla 2.** Renta familiar bruta disponible en paridad de poder de compra por CCAA. Año 2003.

Aragón	117,8
Madrid	115,7
C.A.Vasca	115,4
Navarra	112,2
Cataluña	111,5
Melilla	110,4
Castilla y León	109,8
La Rioja	109,0
Ceuta	105,9
Baleares	102,0
<b>España</b>	<b>100,0</b>
Cantabria	99,5
C.Valenciana	97,9
Castilla La Mancha	95,7
Galicia	94,1
Asturias	91,0
Canarias	86,4
Extremadura	86,2
Andalucía	80,5
Murcia	79,3

Fuente: Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS). Cuadernos de información económica nº 179 abril 2004

Al analizar indicadores más globales como el índice de pobreza humana y el índice de desarrollo humano, Navarra tiene el **índice de pobreza humana** más bajo del ámbito del Estado, en los años 1980, 1990 y 2000. Refiriéndonos al año 2000, tras Navarra, los menores índices de pobreza humana se dan en la Comunidad Autónoma Vasca, La Rioja, y Cantabria; siendo los mayores índices de pobreza humana, los de Extremadura, Andalucía, Castilla La Mancha, y Canarias (Tabla 3). El índice de pobreza humana (*IPH-2*) mide la pobreza en salud (esperanza de vida), en educación (analfabetismo funcional), pobreza de ingresos y exclusión social (tasa de desempleo a largo plazo).

Si tenemos en cuenta el **índice de desarrollo humano (IDH)** para el año 2000, Navarra pasa a ocupar el tercer lugar, detrás de Madrid y la Comunidad Autónoma Vasca. En 1990 Navarra ocupaba el primer puesto. Los menores índices de desarrollo humano en el 2000 los presentan Extremadura, Andalucía, y Murcia (Tabla 3). El índice de desarrollo humano (IDH) mide el nivel de desarrollo de una sociedad incorporando tres aspectos básicos: la salud (esperanza de vida al nacer), educación (tasa de

alfabetización de adultos y tasa bruta combinada de matriculación primaria, secundaria y bachiller) y el PIB *per cápita*.

**Tabla 3.** Ranking según el índice de pobreza humana (IPH-2) y el índice de desarrollo humano (IDH) por CCAA. Año 2000.

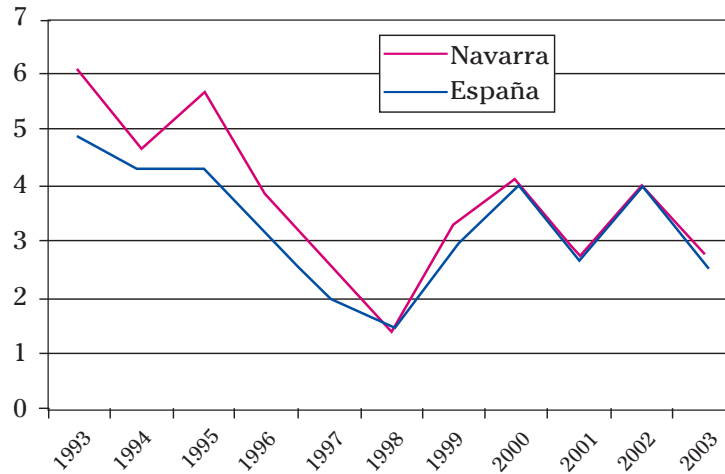
CCAA	IPH-2 (*)	IDH (**)	Definiciones
Navarra	1	3	(*) Índice de pobreza humana (IPH-2- ONU): medida de la pobreza de un país, considerando cuatro aspectos básicos: pobreza en salud (esperanza de vida al nacer de menos de 60 años), pobreza en educación (% de analfabetos funcionales en edad de trabajar), pobreza de ingresos (50% del gasto medio total <i>per cápita</i> ) y exclusión social (tasa de desempleo a largo plazo-12 meses o más). Los cuatro indicadores tienen el mismo peso (1/4) en el cálculo del índice (5).
C.A.Vasca	2	2	
La Rioja	3	4	
Cantabria	4	8	
Aragón	5	5	
Madrid	6	1	
Castilla y León	7	6	
Cataluña	8	7	
Asturias	9	10	
Baleares	10	9	
C.Valenciana	11	12	(**) Índice de desarrollo humano (IDH-ONU): mide el nivel de desarrollo de una sociedad incorporando tres aspectos básicos: salud (esperanza de vida al nacer), educación (tasa de alfabetización de adultos y tasa bruta combinada de matriculación primaria, secundaria y terciaria) y el PIB <i>per cápita</i> (5).
Galicia	12	11	
Murcia	13	15	
Canarias	14	13	
Castilla La Mancha	15	14	
Andalucía	16	16	
Extremadura	17	17	

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, INE, Banco Mundial . INE "Capital humano y desarrollo humano en España, sus CCAA y provincias, 1980-2000".

A nivel mundial, España ocupa el lugar 20 en el ranking del índice de desarrollo humano del año 2002, de un total de 177 países, y se encuentra a la cola de la Unión Europea, por delante de Italia, Portugal y Grecia. A la cabeza del ranking se encuentran Noruega, Suecia y Australia. El indicador que mas atrasa a España en el ranking es el PIB *per cápita* (lugar 24), ocupando el puesto 18 en educación y el 6 en esperanza de vida (2º en la UE).

## INDICADORES DE CONSUMO E INVERSIÓN

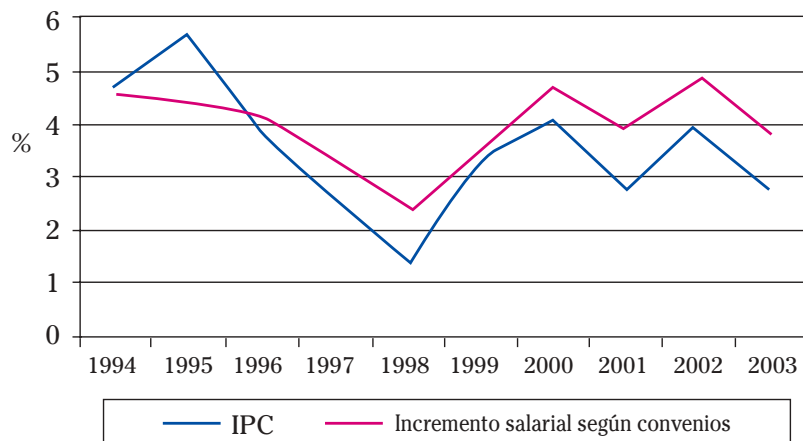
La **evolución del índice de precios al consumo (IPC)** en los últimos 10 años, tanto en Navarra como a nivel nacional, ha tenido una tendencia decreciente hasta mediados del 98, aumentando a partir de esa fecha, y manteniéndose entre el 3 y 4% en los últimos 5 años. El IPC de Navarra se ha mantenido en todo el período por encima del estatal excepto en los años 1998, 2001 y 2002 en que coinciden ambos índices (Fig. 12).



**Figura 12.** Evolución del IPC Navarra y España.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Si comparamos la **evolución del incremento salarial y del IPC** para el mismo período en Navarra, vemos como el incremento salarial es inferior al IPC en el período 1994-1996, superando a éste a partir de 1996, y manteniéndose por encima del IPC hasta el 2003 (Fig. 13).



**Figura 13.** Evolución en Navarra del incremento salarial y del IPC.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (IPC); Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales (Incremento salarial). Elaboración propia.

En cuanto a los **indicadores de consumo e inversión** en Navarra para el período 1999-2003, destaca la recuperación del gasto medio por persona, según datos de la encuesta de presupuestos familiares del Instituto Nacional de Estadística (INE). Este hecho que justificaría el incremento del consumo privado, se vio frenado por la situación económica de los hogares navarros, al aumentar el número de hogares que afirman tener dificultades para llegar a fin de mes, disminuyendo además, el número de hogares que manifiestan poder dedicar una parte de sus rentas al ahorro (Anexo tablas 1 y 2).

## NIVEL DE ESTUDIOS Y ACCESO A LA EDUCACIÓN

El **nivel educativo** de la población navarra ha experimentado un crecimiento considerable en el período 1981-2001, según datos de los censos de población y vivienda. La tasa de analfabetismo se ha reducido del 2,1 al 0,9% en el período mencionado, mientras que la media nacional en el año 2001 es del 2,5%. Asimismo se ha producido un desplazamiento de la población hacia estudios medios o superiores, descendiendo la población sin estudios o con estudios primarios del 66,6% en 1981 al 28% en el año 2001. El porcentaje de población con nivel de estudios superior a estudios primarios se ha duplicado en estos 20 años pasando del 31,3% en 1981 al 71,1 % en el 2001, 10 puntos superior al nivel estatal del 61,6%. La población con estudios de “Formación profesional II, FP grado superior, maestría industrial o equivalente” también ha experimentado un importante incremento en el mismo período, pasando del 1,6% en 1981 al 7,5% en el 2001 (Tabla 4).

**Las mujeres** han experimentado en mayor medida que los hombres un incremento en su nivel educativo, destacando el aumento de los estudios universitarios. Entre las mujeres navarras mayores de 16 años, el 55% tenía estudios de tercer grado (estudios universitarios, doctorado o postgrado) en el año 2001. En dicho período 1981-2001, las mujeres con formación universitaria han pasado del 5,7% al 17,8%. Para ambos sexos el porcentaje es del 16,4% en Navarra, 3 puntos superior a la media estatal del 13,5%, en el año 2001.

Las personas navarras de **65 o más años** sin estudios representan el 17,6% de su colectivo, y las que no saben leer o escribir el 2%. Comparando con la media estatal, la situación de Navarra es favorable, ya que el porcentaje de mayores de 64 años analfabetos o sin estudios en España (44,1%) duplica al de Navarra. La evolución del nivel de estudios de este colectivo en Navarra en el período 1981-2001, ha reducido su peso en la categoría “sin estudios o primarios”, aunque en menor medida que la población más joven, registrando una variación relativa negativa entre ambos grupos etarios de 20,1 puntos.



**Tabla 4.** Evolución de la población de 16 y más años según estudios terminados en el período 1981-2001

	<b>Variación 1981-2001</b>				
	1981	1991	2001	%	Absoluta
No sabe leer o escribir	2,1	0,9	0,9	-48,8	-3.888
Sin estudios o sólo primarios	66,6	51,7	28,0	-47,1	-116.543
Bachiller elemental/FPI, FP grado medio	16,3	23,8	37,1	185,5	112.572
FPII,FP superior, maestría industrial	1,6	3,6	7,5	484,7	28.987
Bachiller superior, BUP, COU	7,0	10,7	10,1	80,0	20.890
Universidad ( 3 cursos)	3,2	4,4	8,2	228,0	26.761
Universidad ( 4 cursos o más)	3,2	4,3	7,5	190,3	22.801
Doctorado o postgrado	0,0	0,6	0,7	7.014,0	3.016
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>25,4</b>	<b>94.596</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, " Censo de población y viviendas".

Según la encuesta de la **población inmigrante** del 2000, las personas inmigrantes residentes en Navarra tienen un nivel de estudios tan alto como los de la población navarra de la misma edad, con la única excepción de los inmigrantes procedentes de Marruecos, cuyo nivel de estudios es inferior. Si se diferencia por género, se observa que el porcentaje de analfabetismo es inferior en las mujeres, un 0,9% frente al 2,6% en los hombres. Asimismo el 15,4% de las mujeres inmigrantes tienen estudios universitarios frente al 14,1% de los hombres. En el 2003, el perfil de la población inmigrante es más similar al de la población navarra que en el año 2000: un 4,7% menos de titulados universitarios, un 3,2% más de personas con bachiller o formación profesional; y proporciones bastantes similares de personas con educación primaria incompleta y de personas analfabetas (Tabla 5).

**Tabla 5.** Nivel de estudios (%) de las personas inmigrantes mayores de 16 años residentes en Navarra y población navarra estandarizada.

<b>Nivel estudios</b>	<b>Población inmigrante en general</b>		<b>Población Navarra estandarizada<sup>1</sup></b>
	2000	2003	
Analfabetos	1,9	0,7	0,4
Primaria incompleta	17,8	18,1	18,9
Enseñanza obligatoria	16,1	28,4	26,4
Bachiller o FP	49,5	40,7	37,5
Estudios universitarios	14,7	12,1	16,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Universidad Pública de Navarra (UPNA) " Encuesta a la población inmigrante en Navarra en el 2000" y Departamento de Bienestar Social, "Encuesta a la población inmigrante en Navarra 2003" realizada por la UPNA.

<sup>1</sup> Niveles educativos de Navarra según la EPA ponderada por estructura de edad de los inmigrantes.

En cuanto a las **tasas de escolarización**, las tasas netas en enseñanza no universitaria tanto a los 3 como a los 17 años, son superiores en Navarra en relación a la media estatal, alcanzando el 100% a los 3 años y el 87,5 % a los 17 años en el curso escolar 2001-2002 (Tabla 6).

**Tabla 6.** Tasas netas de escolarización enseñanza no universitaria. Curso 2001-02.

	<b>% enseñanza pública (alumnado)<sup>1</sup></b>	<b>Tasa neta escolarización 3 años</b>	<b>Tasa neta escolarización 17 años</b>
Navarra	61,4	100,0	87,5
Total Estatal	67,8	93,0	77,8

Fuente: Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia, "Estadística de la Enseñanza en España en niveles no universitarios", y " Las cifras de la Educación en España. Curso 2001-02 (ed. 2004)".

<sup>1</sup> Curso 2000-01.

Según el "Plan de lucha contra la exclusión social en Navarra 1998-2005", se estimó en 9.248 las personas y 5.210 los hogares navarros afectados por **exclusión educativa**, lo que representa un 3,2% de la población navarra. La exclusión educativa se refiere a situaciones de no acceso (situaciones de analfabetismo o carencia de estudios y desescolarización de menores) o de acceso extremadamente limitado (estudios inferiores a la enseñanza obligatoria).

La exclusión educativa incide en mayor medida en personas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios: en el 86% de los hogares gitanos se detectó este problema (2.736 personas de un total de 5.954 gitanos). Según un estudio sobre la comunidad gitana en Navarra, de la "Fundación Secretariado Gitano" del año 1999, en el tramo de edad de los 6 a los 16 años, de enseñanza obligatoria, se detectaron 245 niños gitanos desescolarizados (13,9%). Sumando el colectivo de 3 a 6 años, pasa al 20% (360 niños). Solo un 7,6% de jóvenes de familias gitanas navarras entre 16 y 24 años continúa sus estudios después de la enseñanza obligatoria, proporción muy inferior a la media de la población general del 58,2%. Más de la mitad de los jóvenes gitanos de este grupo de edad (16-24 años) no consiguen aprobar el graduado escolar.

En cuanto a la escolarización en **población inmigrante**, el índice de escolarización de los menores inmigrantes en Navarra es alto. El 97% de los menores entre 3 y 15 años y el 99% de los inmigrantes entre 6 y 15 años estaban escolarizados en el año 2000.

Según datos del Departamento de Educación del Gobierno de Navarra, el alumnado extranjero se ha multiplicado casi por cinco en los últimos cuatro años. De 1.600 estudiantes matriculados en el curso 2000/2001, se ha pasado a 7.000 en el curso 2003/2004. Un incremento muy superior al

que presenta la población general. Este hecho puede ser consecuencia de que en los últimos 3 años se han ido consolidando los proyectos de reagrupación familiar.

Teniendo en cuenta los datos del curso 2002/2003, Navarra ocupa el tercer puesto entre las comunidades autónomas con mayor proporción de alumnado extranjero en sus aulas (6,4%), sólo dos puntos por debajo de Baleares y de la Comunidad de Madrid, y dos puntos por encima de la media estatal del 4,5%. Pero a pesar de la alta escolarización en población inmigrante, en algunos colectivos, el fracaso escolar al finalizar la enseñanza obligatoria es importante, y la continuidad de los estudios después de la enseñanza obligatoria es poco frecuente, a excepción del alumnado de ciertas nacionalidades. Estos hechos muestran el inicio de procesos de exclusión de la educación, y la necesidad de diseñar estrategias para conseguir el acceso a niveles medios y superiores de enseñanza de estos menores.

En cuanto a los **resultados educativos**, los indicadores del Ministerio de Educación y Ciencia sitúan a Navarra por encima de la media nacional. El porcentaje de alumnos que acumuló retrasos en la enseñanza primaria en Navarra, en el curso escolar 2000-2001, fue de 8,3%, 4 puntos por debajo de la media estatal. Así mismo el 72,6% de los alumnos alcanzan el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) con 15 años en Navarra, superando en 9 puntos a la media estatal. Por otro lado, la población de 18 a 24 años que no completó el nivel de educación secundaria 2ª etapa, y no siguió ningún tipo de educación-formación, representó el 20,6% en Navarra frente al 29% a nivel estatal en el año 2002. Diferenciando por género, las mujeres obtuvieron mejores resultados para todos los indicadores mencionados tanto en Navarra como a nivel nacional (Tabla 7).

**Tabla 7.** Resultados educativos curso 2000-2001.

	<b>% Alcanza 4º ESO con 15 años</b>	<b>% acumuló retrasos en Educación Primaria</b>	<b>% acumuló retrasos por 1ª vez en ESO</b>
NAVARRA	72,6	8,3	19,1
Hombres	64,9	10,8	24,3
Mujeres	80,9	5,7	13,4
TOTAL ESTADO	63,2	12,6	24,2
Hombres	56,5	15,3	28,2
Mujeres	70,2	9,7	20,1

Fuente: Ministerio de Educación, y Ciencia, "Las cifras de la educación en España ( edición 2003)".

## TRABAJO Y CONDICIONES LABORALES

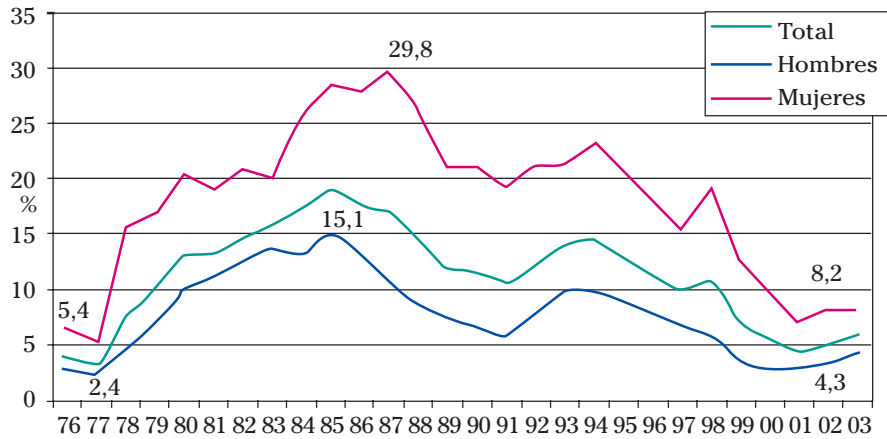
Tal y como señala el informe de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud del año 2003, la evidencia de estudios de varios países, muestra que aun incluyendo otros factores, los desempleados y sus familias sufren un aumento sustancial en el riesgo de muerte prematura. La inseguridad laboral tiene efectos sobre la salud mental, en especial sobre la ansiedad y la depresión. Pero por otro lado, tal y como se señala en el estudio de Ferrie et al. realizado en el Reino Unido, tener un trabajo no es un factor protector de la salud mental y física, ya que un trabajo muy insatisfactorio o la propia inseguridad laboral, puede ser tan perjudicial como el desempleo; la calidad y condiciones laborales son también importantes. En el apartado “Riesgos laborales” se pueden consultar datos relativos a los riesgos laborales específicos.

### Desempleo

La **tasa de paro en Navarra** aumentó en la década de los 80, hasta alcanzar su nivel máximo del 15,1% en 1986, fecha a partir de la cual comienza a descender hasta su nivel mínimo del 4,5% en 2001. En el 4º trimestre del 2003 alcanza el 6,1%, 5 puntos inferior a la tasa de paro estatal del 11,4% (Fig. 14). En la **evolución por género** en Navarra, las mujeres la tasa de paro es muy superior a la de los hombres, siendo su tendencia también creciente en los años 80 hasta su nivel máximo del 29,8% a finales de los 80, y descendiendo posteriormente con oscilaciones, siendo la tasa en el 2003 de 8,2%, casi el doble que la de los hombres del 4,3%. A pesar de la incorporación de las mujeres al mercado laboral en los últimos 25 años, la tasa de actividad de éstas sigue siendo notablemente inferior a la de los hombres. Además, según la última encuesta de condiciones de vida de la población navarra del 2003, las condiciones de incorporación al mercado de trabajo de las mujeres son peores a las de los hombres. Ellas tardan más tiempo en encontrar empleo y tienen contratos más precarios.

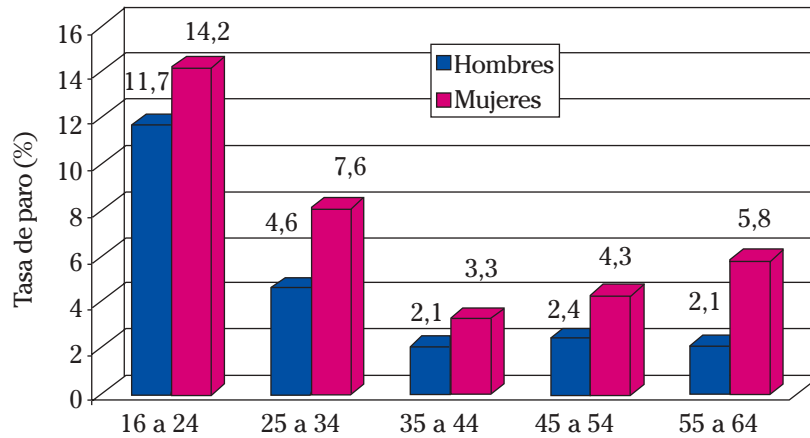
Las tasas de paro en el 2º trimestre del 2004 son superiores en las mujeres para todos los **grupos de edad**. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se observa en los grupos de edad de 25 a 34 años y de 55 a 64 años donde la tasa de paro en las mujeres duplica a la de los hombres (Fig. 15). En cuanto a la tasa de desempleo juvenil ( 5-24 años), según datos del Instituto de Estadística de Navarra (IEN) del 2002, era del 12,9% en Navarra, inferior a la media estatal para ese año del 22,2%.

El desempleo afecta en mayor medida a colectivos menos favorecidos como es el caso de la población con alguna discapacidad. Según la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999 del INE, la tasa de desempleo en **población con alguna discapacidad** en Navarra era del 32%, muy superior en mujeres (46%), frente al 27% en hombres.



**Figura 14.** Evolución de la tasa de paro según género. Navarra 1976-2003.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística "Encuesta de Población Activa".

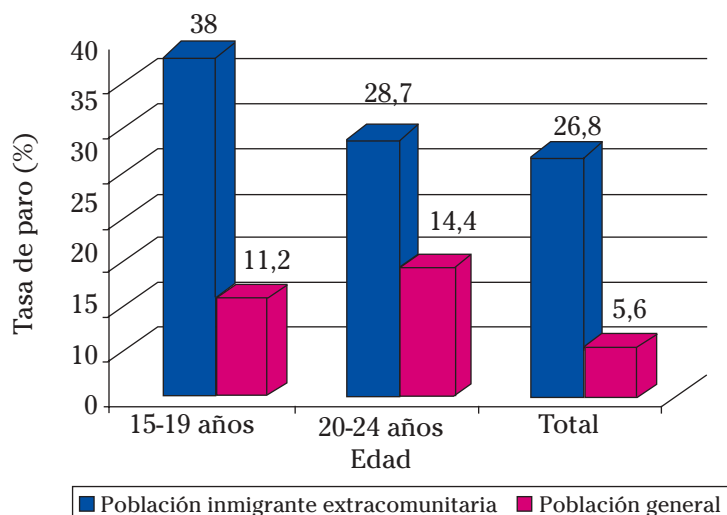


**Figura 15.** Tasa de paro por grupos de edad y género. Navarra-2º trim. 2004.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística "Encuesta de Población Activa" 2º trim. 2004.

Por otro lado, en lo que se refiere a la **población inmigrante extracomunitaria**, en el año 2000 las tasas de paro eran muy superiores en todos los grupos de edad a los de la población general. Ese año la tasa de paro era casi cinco veces mayor en la población inmigrante (26,8%), frente al 5,6% de la población autóctona (Fig. 16). Según la última encuesta del 2003 de la Universidad Pública de Navarra (UPNA) a la población inmigrante en Navarra, la tasa de desempleo se ha reducido en 4,6 puntos, entre diciembre del 2000

y mayo del 2003, entre los inmigrantes con más de un año de residencia en Navarra, aunque aún están muy por encima de las tasas de paro de la población general.



**Figura 16.** Tasas de paro de la población inmigrante y la población general. Navarra. Año 2000.

Fuente: Universidad Pública de Navarra, "Encuesta a la población inmigrante extracomunitaria 2000", Instituto Nacional de Estadística "Encuesta de población activa", 4º trim. 2000. Elaboración propia.

El desempleo entre los inmigrantes afecta en especial a los más jóvenes y a los mayores de 34 años. En el año 2003 los menores de 20 años presentaron especiales dificultades de acceso al empleo con tasas de desempleo del 52%, y que afectó sobre todo a mujeres. En cuanto al desempleo masculino en esta población, que en el año 2000 era superior al desempleo femenino en casi todos los grupos de edad, en los últimos años esta situación se está invirtiendo, siendo en el año 2003 la tasa de paro para los hombres del 14,7%, dos puntos por debajo de la tasa de mujeres del 16,7%.

### Empleo temporal

El 42,5% de los inmigrantes extracomunitarios siguen trabajando en condiciones de irregularidad en el año 2003 (unos 8.200), incluso contando con permisos de residencia (el 6,6%).

En lo referente a la **contratación temporal**, según datos de la "Encuesta de población activa (EPA)" del 4º trimestre del 2003, el 23,7% de la

población ocupada en Navarra tiene contrato temporal, porcentaje que aumenta al 30,5% en el caso de las mujeres. Los contratos a tiempo parcial son también muy superiores en el caso de éstas, 22,1% frente a un 1,9% en el caso de los hombres. Por sectores económicos, el 59,4% de los contratos temporales corresponden al sector servicios, y el 22,7% a la industria. Por grupos de edad, el 26,7% de los contratos temporales corresponden a trabajadores entre 16 y 24 años.

Según la última “Encuesta sobre la juventud de Navarra” de la Fundación “Bartolomé de Carranza” del año 2003, el 71,7% de los jóvenes entre 15 y 29 años con experiencia laboral, sólo han tenido trabajos temporales o les han durado menos de un año. Los porcentajes de temporalidad son más altos en las mujeres y en los jóvenes de menor edad. Así el 75,5% de las mujeres jóvenes tienen o han tenido contratos temporales frente al 67,5% de los hombres. La media de trabajos temporales por trabajador se sitúa en 2,8, siendo algo superior en los hombres y en el grupo de mayor edad (3 y 3,1 respectivamente). Aunque predomina en ambas encuestas de 1998 y 2003, quienes tienen o tenían contratos temporales (42,1% en 1998 y 42,9% en 2003), ha aumentado en 12 puntos los contratos fijos, pasando del 28% en 1998 al 40% en el 2003. Se observa la misma tendencia en las encuestas nacionales del Instituto de la Juventud del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS), aumentando también los contratos estables, que en 1996 suponían el 15%, y en el año 2000 el 23%.

En cuanto a los contratos de puesta a disposición en **empresas de trabajo temporal** ubicadas en Navarra, y según datos del MTAS, en los últimos 5 años, tras unos años de estabilidad, a partir del 2001 se observa un incremento de este tipo de contratos. Mientras en el año 2001 representaban el 22,4% del total de contratos temporales, en 2 años aumentan 3 puntos, representando un 26,8% en el 2003.

Según la encuesta sobre la juventud de Navarra de la Fundación “Bartolomé de Carranza” del 2003, el 15,5% de jóvenes entre 15 y 29 años que tienen o tuvieron un contrato laboral, se realizó a través de una empresa de trabajo temporal (ETT), principalmente entre los más jóvenes de edad.

### **Desigualdad salarial**

En cuanto a la **desigualdad salarial**, y según la encuesta de estructura salarial del 2002 del INE, el salario medio anual de los contratados temporales es un 40% inferior al de los contratados indefinidos. En cuanto a la desigualdad **según género**, las mujeres en Navarra ganan como media por hora trabajada el 72,2% de lo que ganan los hombres, sin ajustar por variables como tipo de contrato, tipo de jornada, y experiencia entre otras. Ajustando por este tipo de variables, en el año 1995, la diferencia salarial en Navarra a iguales características era del 83%.

Conforme aumenta la edad de los **jóvenes**, aumenta igualmente el nivel de ingresos por trabajo. Así mientras que los jóvenes navarros entre 15 y 19 años obtienen de media unos rendimientos mensuales que se encuentran en torno a los 541 euros, los de 20-24 años ganan un promedio de 741 euros, y los de mayor edad, entre 25 y 29 años una media de 895 euros.

En el ámbito estatal, y según el estudio del año 2004 del Instituto de la Juventud del MTAS, sobre los aspectos salariales de los jóvenes trabajadores, la temporalidad se manifiesta con mayor fuerza que la edad en la modelación de los salarios, minorando aún más los salarios de los jóvenes. Estos han de hacer compatibles bajos salarios con alta temporalidad e inestabilidad en un entorno de elevada competitividad y alto nivel de formación. Según este estudio, la Comunidad Foral de Navarra presenta mejores oportunidades de acceso al mercado laboral para los jóvenes, siendo ello compatible con niveles salariales más altos en los jóvenes, y una menor distancia entre los salarios de éstos y los de los mayores.

En lo que se refiere a la población inmigrante, y según la encuesta a la **población inmigrante extracomunitaria** en Navarra del año 2000, el 17,7% de dicha población, declaraba recibir una remuneración inferior al mínimo legal. La irregularidad presente en sectores, como el servicio doméstico y la agricultura, facilita este tipo de abusos, que afectan especialmente a las mujeres (29,9%) y a determinados colectivos, como los colombianos o los argelinos.

La última encuesta a la población inmigrante en Navarra del 2003, señala como la remuneración salarial de los inmigrantes ha aumentado. Más de la mitad consiguen ingresos salariales mensuales superiores a una vez y media el salario mínimo interprofesional, pero a costa de mantener jornadas de trabajo superiores a las 40 horas en 4 de cada 10 casos. Aun así los niveles salariales se encuentran muy lejos de los de la población autóctona.

### **Familia y trabajo**

En cuanto a la conciliación de la vida laboral y familiar, según la “Encuesta de empleo del Tiempo 2002-03 del INE”, las mujeres dedican más tiempo a las tareas del hogar que los hombres. Tanto las tareas domésticas como el cuidado de niños y ancianos son tareas principalmente femeninas, ya que el 91% de las mujeres navarras las realizan frente al 71,4% de los hombres. El tiempo medio diario dedicado a las tareas del hogar y cuidado de la familia es de 4 horas 22 minutos en las mujeres, más del doble que los hombres que dedican 2 horas y 3 minutos. El desequilibrio existente entre hombres y mujeres en la participación de las labores de hogar no parece que vaya a cambiar en un futuro inmediato. En el colectivo de jóvenes, estudiantes y solteros, las diferencias entre chicos y chicas se reproducen con la misma intensidad. Lo mismo ocurre si tenemos en cuenta la relación con la actividad. Centrándonos en la población ocupada, el



tiempo que dedican las mujeres (3 horas 40 minutos) es más del doble que el de los hombres (1 hora y 56 minutos).

Comparando con los datos de la misma encuesta a nivel nacional, no se observan grandes diferencias respecto a Navarra. Las mujeres a nivel nacional siguen dedicando el doble de tiempo que los hombres al cuidado del hogar y la familia, y 23 minutos más que las mujeres navarras.

Según un estudio realizado por L. Artázcoz y otros, donde se analizan las desigualdades de género en la conciliación de la vida laboral y familiar, y su efecto sobre el estado de salud y el uso de recursos sanitarios en Navarra, las autoras concluyen que en el caso de las mujeres, cuando éstas viven en hogares de más de 3 miembros, tienen un riesgo más alto de percibir un estado de salud más pobre. Además, se observa que mientras en los hombres sólo la clase social estaba asociada con el estado de salud percibida y los síntomas psicosomáticos, en el caso de las mujeres, ambos indicadores de salud estaban asociados con el trabajo y las demandas familiares.

Según la “Encuesta de población activa del INE”, del año 2003, de las personas que abandonaron su trabajo por razones familiares, el 92,5% eran mujeres.

## ACCESO Y CONDICIONES DE LA VIVIENDA

Se reconoce la influencia en la salud de las viviendas que no reúnen las condiciones adecuadas de habitabilidad en aspectos como: favorecer la propagación de enfermedades transmisibles, estar en el origen de muchos accidentes domésticos, y dificultar la adecuada organización de los servicios de atención domiciliaria, entre otros. Para ser considerada higiénica una vivienda, requiere cumplir unos mínimos de ingeniería y arquitectura sanitaria: superficie útil, orientación, aislamiento térmico y acústico, instalaciones y servicios.

Los edificios destinados a vivienda familiar en Navarra pasan del 90,6% en 1990 al 92,5% en el 2000 (Tabla 8). En cuanto a la ocupación de las viviendas, se produce un aumento de 1,3 puntos en las **viviendas desocupadas** respecto al total de viviendas familiares, en el período 1991-2001, pasando del 12,5% al 13,8%, por debajo de la media estatal del 15% en 2001 (Tabla 9). Respecto al **régimen de tenencia** de las viviendas, el 90,8% lo son en régimen de propiedad en el año 2003, aumentando respecto al 2001 en más de 2 puntos (88,3%). Tan solo el 5,7% de las viviendas son de alquiler en el conjunto de la población, frente a un 61,4% en población extranjera, y un 81,3% en población inmigrante extracomunitaria en el año 2003 (Tabla 10). Entre los inmigrantes extracomunitarios, el alquiler de habitaciones subarrendadas constituye un modo de alojamiento bastante ha-

bitual. En el año 2003 un 29,7% de los inmigrantes extracomunitarios vivían en habitaciones subarrendadas, frente al 11,2% en el año 2000.

**Tabla 8.** Edificios según su destino principal (%).

Destino	1990		2000
	Navarra	España	Navarra <sup>1</sup>
TOTAL	100,0	100,0	100,0
Destinados a vivienda familiar	90,6	92,8	92,5
Destinados a vivienda colectiva	0,6	0,3	0,8
No destinados a vivienda	8,8	6,9	6,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, "Censo de Edificios 1990", e Instituto de Estadística de Navarra "Censo de Edificios y Locales de Navarra 2000".

<sup>1</sup> Avance con datos provisionales del Censo de Edificios y Locales de 2000.

**Tabla 9.** Evolución del % de viviendas (principal y secundaria) ocupadas y desocupadas, y comparación con datos a nivel estatal.

Clase de vivienda	Navarra			España	
	1981	1991	2001	1991	2001
Principal	76,3	78,5	74,0	70,8	68,7
Secundaria	7,4	8,9	12,2	15,8	16,3
<b>Total ocupada</b>	<b>83,8</b>	<b>87,5</b>	<b>86,2</b>	<b>86,6</b>	<b>85,0</b>
Desocupada	16,2	12,5	13,8	13,4	15,0
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, "Censo de Viviendas 1981,1991 y 2001".

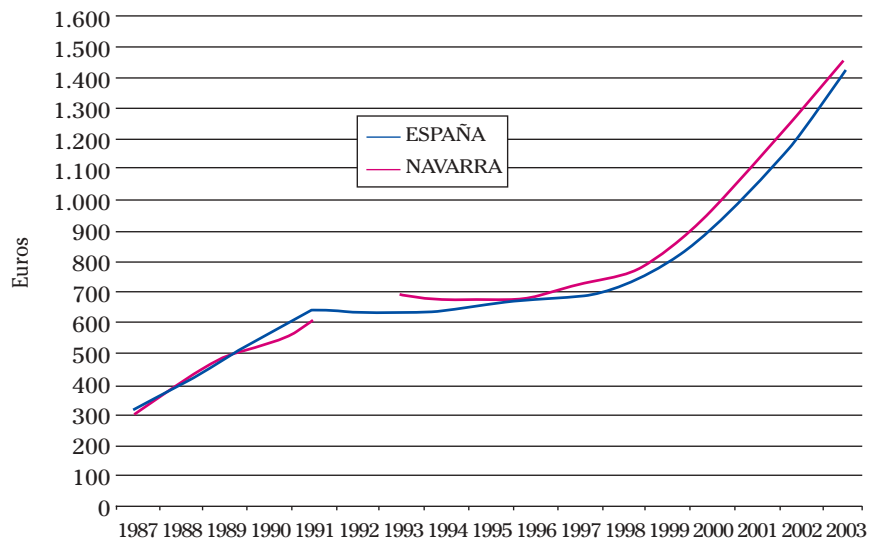
**Tabla 10.** Régimen de tenencia de la vivienda en Navarra.

	2001	2003		
		Población general	Población extranjera	Pob. inmigrante extracomunitaria
En propiedad	88,3	90,8	35,9	9,3
En alquiler	9,3	5,7	61,4	81,3
Otras situaciones	2,4	3,5	2,7	9,4
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, "Encuesta de condiciones de vida de la población navarra 2001 y 2003"; Departamento de Bienestar Social, "Encuesta a la población inmigrante extracomunitaria 2003", realizada por la UPNA.

Si comparamos la proporción de viviendas en régimen de propiedad en el año 2001 en Navarra respecto a España y algunos países europeos, en Navarra el porcentaje era del 88%, frente a un 81% en España y Grecia, un 74% en Italia, 62% en Gran Bretaña, 56% Francia, 49% Portugal, y 42% en Alemania.

En cuanto a la **accesibilidad a la vivienda**, hay que destacar el esfuerzo financiero que deben realizar las familias para la compra de la vivienda, debido al encarecimiento de la misma, especialmente desde finales de los 90 (Fig. 17). El esfuerzo salarial para la compra de una vivienda de 90 m<sup>2</sup>, definido como el número de salarios brutos anuales necesarios para adquirirla, fue de 6 en Navarra en el año 2003, muy superior al esfuerzo del año 2000 de 4,5 salarios brutos anuales, según un estudio reciente de la Fundación de Cajas de Ahorros. En las CCAA que se requiere un mayor esfuerzo financiero según datos del 2003 son: Madrid, 9,8 salarios; Baleares 8,8; Comunidad Autónoma Vasca 8,6; y Cataluña 8,0. Los menores indicadores de esfuerzo corresponden a Extremadura 3,6; Castilla-La Mancha 4,3; y Galicia 4,7.



**Figura 17.** Evolución del precio de las viviendas por m<sup>2</sup> en Navarra y España

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra y Ministerio de Fomento.

En el período 1999-2002, a nivel nacional y según datos del Ministerio de Fomento e INE, mientras los salarios aumentaban entre un 2,3% y 3,9% al año, el precio medio de la vivienda aumentaba entre un 10,5% y 16,6%.

Esta subida en el precio medio de la vivienda no ha sido compensada por el efecto de la bajada de los tipos de interés del mercado hipotecario, de modo que los índices de accesibilidad a la vivienda se han distanciado del umbral máximo tolerable que garantiza el pago de las cuotas hipotecarias (30% de los ingresos mensuales). Para una persona joven acceder a una vivienda libre mediante un préstamo hipotecario supondría destinar el 58% de sus ingresos según datos del Observatorio Joven de Vivienda del Consejo de la Juventud de España del 4º trimestre del 2003. Este porcentaje, que mide la capacidad financiera de una persona de entre 18 y 34 años de edad para acceder a una vivienda en función del precio, el salario medio y los tipos de interés, es 28 puntos porcentuales superior al umbral óptimo del 30%.

El **tamaño medio** de las viviendas de Navarra ha aumentado en el período 2001-2003, pasando de 106 m<sup>2</sup> en 2001 a 108,6 m<sup>2</sup> en el 2003, según la encuesta de condiciones de vida de la población navarra del 2003. En 1990 la superficie media útil de la vivienda era de 98,1 m<sup>2</sup> frente al 89,7 a nivel estatal.

Los m<sup>2</sup> de vivienda por persona, que mide el **grado de hacinamiento**, han aumentado en los últimos 2 años hasta situarse en los 43,7 m<sup>2</sup> frente a los 40 m<sup>2</sup> por persona de 2001. Este aumento está asociado no sólo al aumento de las viviendas unifamiliares adosadas, sino también al descenso en el nº medio de miembros del hogar que ha pasado de 3,3 en 2001 a 3,1 en 2003, según la encuesta de condiciones de vida de la población navarra del 2003. Por otro lado, el 8,7% de las viviendas disponen de menos de 20 m<sup>2</sup> por persona en el 2003, frente al 11,5% en 2001 (Tabla 11).

**Tabla 11.** Nivel de hacinamiento de las viviendas medido en m<sup>2</sup>/persona (%).

Tipo de vivienda	2001	2003
Menos de 15 m <sup>2</sup>	2,3	1,4
Entre 15 y 19	9,2	7,3
Entre 20 y 29	30,1	27,8
Entre 30 y 39	21,6	22,8
Más de 40 m <sup>2</sup>	36,8	40,6
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, "Encuesta de condiciones de vida de la población navarra en 2001 y 2003".

Según la última encuesta de la UPNA sobre población inmigrante extracomunitaria del 2003, el 45,9% de este colectivo, vive en condiciones de hacinamiento, habiéndose incrementado en 1,8 puntos entre los años 2000 y 2003. Se considera nivel de hacinamiento cuando conviven más de dos personas por dormitorio, o más de una si no son familia. La mayoría de personas que viven hacinadas conviven en la vivienda con familiares y no familiares.

Otro sector de la población afectada por condiciones específicas de la vivienda, es el de las familias más empobrecidas, relacionadas en la mayoría de los casos con **minorías étnicas**. Según datos del Plan de lucha contra la exclusión social 1998-2005, en Navarra el proceso de exclusión en el acceso a la vivienda afectaba a 3.800 familias, lo que suponía el 2,3% de los hogares navarros. De éstos, el 33,6% (1.280 familias), vivían en viviendas con problemas de hacinamiento, y un 11,4% (427 familias) no disponían de vivienda. Los problemas más frecuentes en las viviendas inadecuadas eran el hacinamiento (2.046 hogares), las barreras arquitectónicas graves (1.690 hogares), humedad (806), e insalubridad (747). En cuanto a la distribución territorial el 57,2 % se localizaban en Pamplona y comarca, el 13,7% en Tudela, 9,7% Estella, 8,3% Tafalla, y el 11,1% restante en el norte de Navarra. En el mencionado Plan, se resalta la necesidad de mantener fórmulas transitorias de alquiler social para colectivos del tipo jóvenes emancipados, familias sin ingresos, e inmigrantes, entre otros.

La **composición de los hogares**, según la última encuesta de condiciones de vida de la población navarra del 2003, tiene una estructura similar a la del 2001. La mayor parte de los hogares están formados por grupos familiares (87,3%), y entre éstos el más frecuente es el formado por una pareja con hijos (48,5%). El principal cambio que se observa desde 2001, es la reducción en el tamaño de los hogares, pasando de una media de 3,3 personas por vivienda a 3,1 en el 2003.

Los **hogares unipersonales** ascienden en 2003 a 20.452, lo que representa el 10,8% del total de hogares donde reside el 3,5% de la población, aumentando en 1,6 puntos respecto a 2001. Al igual que en 2001 este tipo de hogares está formado por dos perfiles de personas: mujeres de edad avanzada que se han quedado viudas (60,3% de las mujeres que viven solas), y hombres solteros (75,8% de los hombres que viven solos) de edad mediana o avanzada. Estos datos confirman la progresiva feminización y envejecimiento de los hogares unipersonales, ya que mientras en el 2001 el 56% estaban encabezados por mujeres, en 2003 lo están el 62,1%, y del mismo modo la edad media de sus miembros ha ascendido desde 58,7 años en 2001 a 62,3 años en 2003. El lugar de residencia de estas personas, son los municipios de menor tamaño y aquellos ubicados fuera de la zona de Pamplona, los que presentan un mayor envejecimiento de la población y sus hogares.

Según el censo de población del 2001, en el 8,7% de los hogares navarros (16.386) viven personas **mayores de 65 años** solas, de los cuales el 74,4% son mujeres. Así mismo hay 667 hogares donde viven solas 2 ó 3 personas mayores de 65 años, el 71% de los cuales corresponden a mujeres. Por otro lado según la encuesta de condiciones de vida de la población navarra del 2003, en los hogares con estructura variada (ningún tipo de vínculo familiar entre sus miembros, o con vínculos familiares más complejos por la presencia de 3 generaciones, entre otras), hay una mayor presencia de per-

sonas que requieren cuidados de terceras personas por presentar algún tipo de discapacidad física o psíquica. Así mientras en el 3,4% del resto de los hogares hay alguna persona discapacitada, en los hogares de estructura variada la proporción aumenta hasta el 22,3%.

Los **hogares monoparentales** representan el 5,5% (10.458 hogares), donde reside el 4,6% de la población. La mayor parte de estos hogares están encabezados por mujeres (79%) tras el fallecimiento del cónyuge (61%) o por una separación (28%). El número medio de hijos a cargo de estos hogares es de 1,6, si bien entre los de padres separados se reduce a 1,4. Se aprecia una presencia relativamente mayor de estos hogares en la zona de Pamplona (6,4% de los hogares), y en los municipios cuyo tamaño está comprendido entre 5.001 y 10.000 habitantes (7,7%).

En lo que se refiere al **equipamiento de las viviendas**, las mejoras más significativas en los últimos 10 años se han producido en la disponibilidad de agua caliente, 99% en el 2001 frente al 92,5% en 1991; y la disponibilidad de teléfono fijo que aumenta del 83,5% en 1991 al 95,3% en 2001. Además el 59% de los hogares dispone de teléfono móvil en el año 2002. Un 3,1% de las viviendas no disponían de calefacción en el 2001 (Tabla 12).

**Tabla 12.** Equipamientos en la vivienda

	Navarra			España
	1981	1991	2001	2001
Tienen calefacción	51,1	91,6	96,9	85,5
Refrigeración <sup>3</sup>	—	—	3,7	15,5
Agua caliente	84,4	92,5	99,0 <sup>1</sup>	—
Teléfono	55,5	83,5	95,3 <sup>2</sup>	90,2 <sup>2</sup>
Falta de servicio o aseo		0,7	1,0	1,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, "Censo de población y vivienda 1981, 1991 y 2001"

<sup>1</sup> Fuente: Encuesta de condiciones de vida de la población navarra 2001

<sup>2</sup> Son datos del 2002 Fuente: INE y Comisión del Mercado de las Telecomunicaciones(CMT).  
Extraído de INE "El entorno económico y social 2002"

<sup>3</sup> Refrigeración (viviendas con aire acondicionado, aparatos móviles, no ventiladores)

En cuanto al equipamiento y condiciones de la vivienda ocupada por los **mayores de 65 años**, en el año 2001, el 17% no disponía de calefacción individual o colectiva, y un 1,9% de los hogares donde vivían personas de 65 ó más años solas, no disponían de aseo en la vivienda (1% en población general). Cabe destacar la proporción de este grupo de población que no cuenta con ascensor (16,3%) en el 2001, precisándolo por la altura de la vivienda. En cuanto al agua caliente, baño o ducha y disponibilidad de teléfono, se produce una mejora en el período 1991-2001 (Tabla 13).

**Tabla 13.** Carencia de equipamientos en las viviendas de las personas mayores (% hogares).

	Navarra		España
	1991	2001	2001
Sin calefacción	14,3	16,9	56,7
Aparatos calefacción alguna habitación	—	12,6	41,2
Sin aseo en vivienda		1,1	1,4
Hombres <sup>1</sup>	3,8		
Mujeres <sup>1</sup>	1,4		
Sin baño o ducha*	15,7	2,8	—
Sin agua caliente*	15,9	3,0	—
Sin ascensor*	16,3	35,2	—
Sin teléfono*	16,3	12,6	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística " Censo de población y vivienda 1991, 2001".

\* Son datos de 1985 y 1996 obtenidos de EDIS "Estudio comparativo de la situación de los ancianos de Navarra 1985-1996".

<sup>1</sup> % hogares de personas de 65 ó más años que viven solas.

Las viviendas en las que viven las personas inmigrantes, exceptuadas las que carecen de vivienda, presentan un nivel de equipamiento bastante similar a la media de la población navarra, según la encuesta a la población inmigrante del año 2000.

En cuanto a la disposición de ordenadores y la conexión a Internet, según la encuesta de la sociedad de la información en Navarra de noviembre del 2003, se observa un rápido crecimiento principalmente en la **conexión a Internet**, que ha doblado su implantación en dos años, pasando del 15,7% en mayo de 2001 al 37,7% en noviembre del 2003. Así mismo, la **disposición de ordenadores** en los hogares navarros ha pasado del 42,9% al 57,2% en el mismo período.

En España, y según datos preliminares de la encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información del INE, del 2º trimestre del 2003, el 43,3% de los hogares disponen de ordenador, y un 25,2% tiene acceso a Internet.

Por último, si analizamos los **principales problemas que afectan al entorno de la vivienda**, en el conjunto de Navarra, el problema más frecuente según la "Encuesta de condiciones de vida de la población navarra del 2003", son los ruidos exteriores (18%), seguido de la escasez de zonas verdes (14%) y la escasa limpieza de las calles (13%). Asimismo los problemas de carácter social, que poseen una mayor presencia en el entorno de las viviendas, son los relacionados con la droga y la delincuencia (19% de los hogares afectados), y la mendicidad (15%).

El tipo de problema varía según la zona de Navarra. Así la zona Norte es la que menos problemas ambientales presenta. En la zona Media el problema principal es la escasez de zonas verdes que afecta al 24,5% de los hogares. En la zona de Pamplona los ruidos exteriores son el principal problema (22,6% de los hogares); mientras que a problemas como la escasa limpieza de calles y ausencia de zonas verdes hacen referencia menos del 12% de los hogares. En la zona Sur de Navarra se señalan todos los problemas de la zona de Pamplona, pero variando el orden: pocas zonas verdes, ruidos exteriores y poca limpieza en las calles, con porcentajes del 18,9%, 16,7% y 16,4% respectivamente.

En comparación con los datos estatales, y referido al 2001, los indicadores de Navarra en cuanto a problemas de vivienda son mejores; en especial respecto al nivel de delincuencia y a las comunicaciones (la mitad que en el estado) y la limpieza en las calles (12 puntos por debajo de la media estatal).

## GASTO PÚBLICO DE CARÁCTER SOCIAL

En 2001, **el gasto en protección social** alcanzó los 1.970 millones de euros en Navarra, lo que representó el 17,5% del PIB. El gasto por habitante en ese mismo año fue de 3.390 euros, de los cuales el 50% se dedicaron al pago de pensiones.

La distribución del gasto en prestaciones sociales según el destino del gasto para el año 2000, el envejecimiento de la población y la atención a la enfermedad, son los mayores determinantes del gasto social en Navarra, con un 47%, y 31,6% respectivamente. La función familia e hijos tiene en Navarra (2,2%) así como en España (2,7%) un peso muy inferior a la media de la Unión Europea (8,2% del gasto en prestaciones sociales). Lo mismo ocurre con la función alojamiento y exclusión, cuyo peso en el gasto total en la Unión Europea duplica al de Navarra y España (Tabla 14).

**Tabla 14.** Estructura del gasto en protección social por grupos de funciones. Año 2000

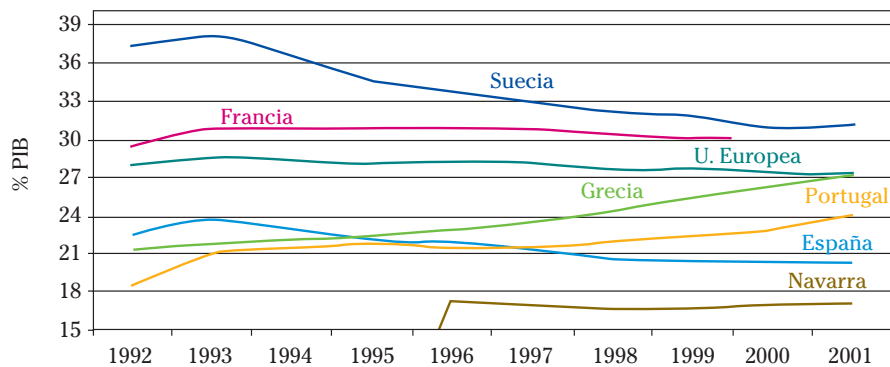
	Navarra	España	Unión Europea
Vejez y supervivencia	47,0	46,3	46,4
Enfermedad <sup>1</sup>	31,6	29,6	27,3
Desempleo	8,9	12,2	6,3
Invalidez	8,7	7,6	8,1
Familia e infancia	2,2	2,7	8,2
Alojamiento y exclusión	1,5	1,6	3,7

Fuente: Eurostat ( ESSPROS). Extraído de "El entorno económico y social en 2002" INE; y "Cuenta de Protección Social de Navarra 1996-2001".

<sup>1</sup> Incluye: atención sanitaria hospitalaria, ambulatoria y productos farmacéuticos. No incluye campañas de prevención y promoción de la salud y salud laboral.



En cuanto a la evolución del gasto en protección social en Navarra, en el período 1996-2001, éste creció un 35%, a una tasa media anual del 6,2%. En ese mismo período el PIB creció a un ritmo ligeramente superior del 6,4% anual, por lo que el gasto en protección social en porcentaje del PIB se redujo del 17,7% en 1996 al 17,5% en 2001. De tal forma que en el año 2001, este último indicador en Navarra alcanzaba un porcentaje de casi 3 puntos por debajo de la media estatal, que se ha mantenido en torno al 20,2% en los últimos 3 años. En la Unión Europea este indicador se ha mantenido constante en los últimos 4 años en torno al 27,4%, 7 puntos por encima de España y 10 de Navarra.



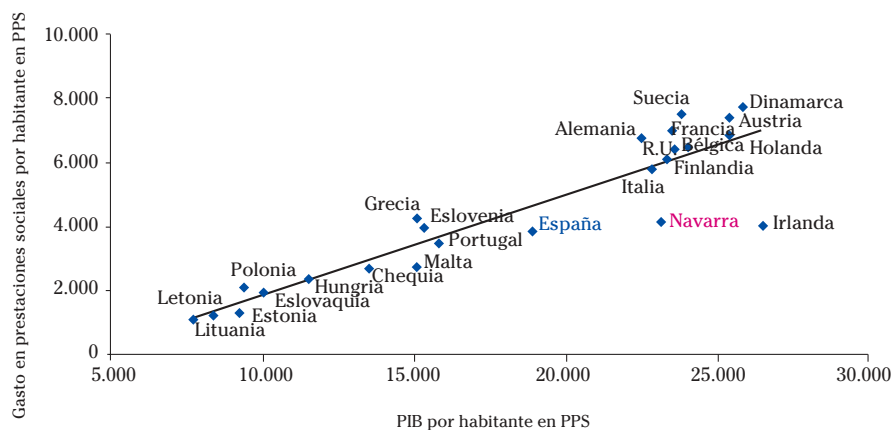
**Figura 18.** Evolución de los gastos corrientes de protección social<sup>1</sup> en porcentaje.

Fuente: EUROSTAT (Metodología SEEPROS)

<sup>1</sup> Incluye: vejez y supervivencia, enfermedad, desempleo, invalidez, familia e infancia, alojamiento y exclusión.

Las funciones que más contribuyeron al crecimiento del gasto en prestaciones en Navarra fueron las dos de mayor peso, vejez y enfermedad/asistencia sanitaria, que aumentaron su participación en el gasto total en el período 1996-2001. Por el lado opuesto destaca la negativa contribución de la función vivienda, cuyo gasto se redujo en términos absolutos entre 1996 y 2001, y la escasa aportación de las prestaciones de desempleo acorde a su pérdida de peso en el valor total de las prestaciones sociales, a causa del buen comportamiento del empleo en ese período.

En cuanto al gasto por habitante en prestaciones sociales medido en euros constantes, ha aumentado en Navarra a una tasa anual media del 1,4% en el período 1996-2001. Si relacionamos este indicador con el PIB por habitante, y analizamos la situación de Navarra respecto a España y otros países de la Unión Europea, se observa que el gasto por habitante en Navarra es menor del que sería si se ajustase al patrón de gasto europeo (Fig. 19).



**Figura 19.** Gasto en prestaciones sociales por habitantes en PPS (paridad de poder adquisitivo). Año 2001. Comparativa internacional.

Fuente: Cuenta de protección social de Navarra (1996-2001).

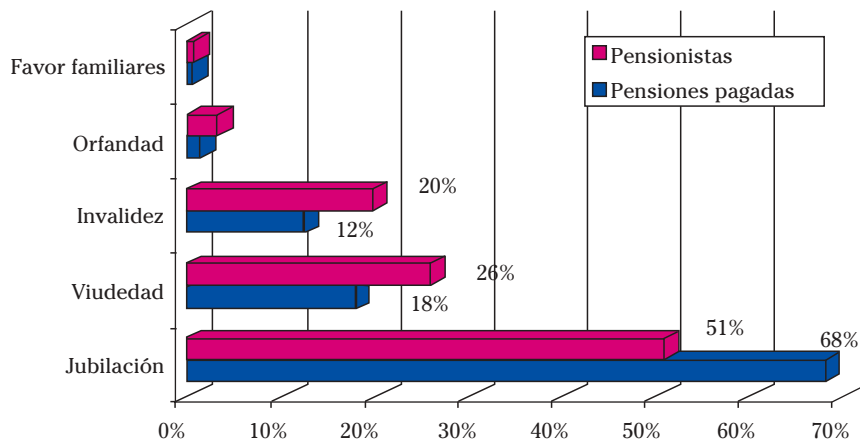
Por otro lado, se dispone de información de las prestaciones sociales pagadas por el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) y el Instituto Navarro de Bienestar Social (INBS) en el año 2003 (Tabla 15). Del total de prestaciones sociales gestionadas en el año 2003, el 97,7% fueron gestionadas por el INSS, y el 2,3% restante por el INBS. Sobre las pensiones contributivas pagadas en el año 2003 según el tipo de pensión, se observa como la mitad de los jubilados son perceptores del 68% del gasto en pensiones, mientras que el 26% de las viudas y el 20% de las personas inválidas reciben tan solo el 18 y 12% del importe total de las pensiones pagadas en el 2003 (Fig. 20). La evolución de la pensión media por tipo de pensión en el período 1994-2003 se analiza en la figura 21; los importes básicos según tipo de prestación gestionadas por el INSS y el INBS, así como las pensiones medias por tipo y régimen en Navarra se presentan en las tablas 3 y 4 del Anexo.

En cuanto al **gasto en educación**, se presentan varios indicadores de Navarra, España y la OCDE para el año 2001. El gasto público en educación en Navarra en el año 2001, representó el 3,5% del PIB, un punto por debajo de la media nacional del 4,5%, y también inferior a la media de la OCDE del 4,8%. Si observamos la evolución del gasto público en educación en porcentaje del PIB en el período 1995-2002, se aprecia que en Navarra se mantiene con pequeñas oscilaciones en torno al 3,5%, mientras que el gasto promedio a nivel estatal tiene una tendencia decreciente pasando del 4,7% en 1995 al 4,5% en el año 2002 (Fig. 22).

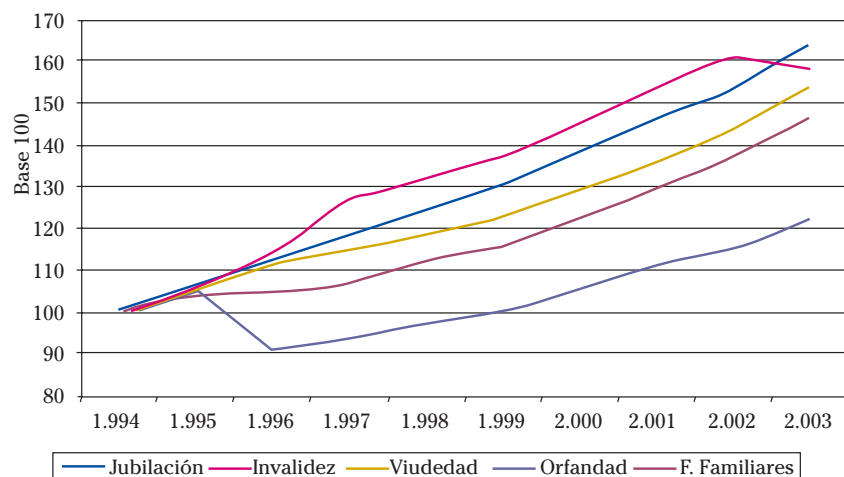
**Tabla 15.** Prestaciones sociales pagadas por el INSS y el INBS en Navarra. 2003.

Tipo de prestación	Pagado en 2003	Pagado %	Pensiones %
<b>GESTIONADAS POR EL INSS</b>	<b>880.737.195,30</b>	<b>97,7%</b>	<b>95,5%</b>
<i>Pensiones contributivas<sup>1</sup></i>			
Jubilación	599.687.490,83	66,5%	48,6%
Invalidez	109.307.738,33	12,1%	18,8%
Viudedad	156.942.907,88	17,4%	24,6%
Orfandad	11.562.068,42	1,3%	3,0%
Favor de familiares	3.236.989,84	0,4%	0,6%
<b>GESTIONADAS POR EL INBS</b>	<b>20.984.984,54</b>	<b>2,3%</b>	<b>4,5%</b>
<i>Pensiones no contributivas</i>			
Jubilación	6.834.591,66	0,8%	2,1%
Invalidez	3.399.600,66	0,4%	0,9%
Pensiones asistenciales	615.199,30	0,1%	0,2%
<i>Prestaciones familiares</i>			
Subsidios LISMI	1.292.659,70	0,1%	0,7%
<b>TOTAL PRESTACIONES</b>	<b>901.722.179,84</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

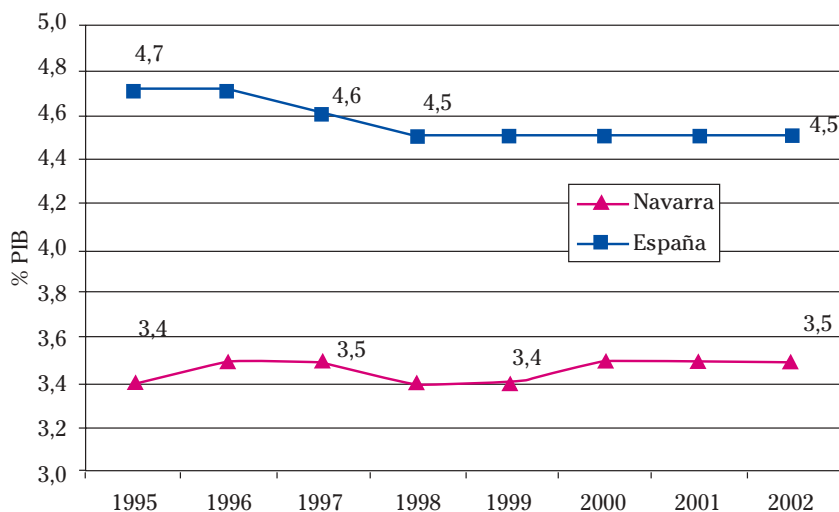
Fuente: Dirección Provincial del INSS de Navarra e Instituto Navarro de Bienestar Social.

<sup>1</sup> Incluye las prestaciones del seguro obligatorio de vejez e invalidez (SOVI).**Figura 20.** Pensionistas y pensiones contributivas pagadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social por tipo de pensión. Navarra 2003.

Fuente: Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Navarra.



**Figura 21.** Evolución de la pensión media por tipo de pensión. Navarra 1994-2003.  
Fuente: Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Navarra.



**Figura 22.** Evolución del gasto público en educación en porcentaje del PIB.  
Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia "Estadística del gasto público en educación, 2003", Instituto de Estadística de Navarra (PIB pm). Elaboración propia.

Por otro lado, el gasto público en educación representó el 88,7% del gasto total en educación en Navarra, algo superior al de España y a la

OCDE, que fue del 87,8% (Tabla 16). Así mismo el gasto público por alumno en Navarra en el año 2002 fue de 3.702 €, superior al gasto a nivel estatal de 2.971 €, incluyendo en estos importes el gasto en educación infantil, primaria, secundaria y formación profesional.

**Tabla 16.** Indicadores de Gasto en educación. Datos 2001.

Indicadores – Datos del 2001	Navarra <sup>1</sup>	España <sup>2</sup>	OCDE <sup>3</sup>
• Gasto total en educación en % PIB	4,0	5,6	6,2
• Gasto público en educación en % del PIB <sup>3,5</sup>		4,5	4,8
• % gasto público sobre gasto total en educación	88,7	87,8 <sup>3</sup>	87,8
• % gasto público en educación s/gasto público total	16,5 <sup>4</sup>	11,3 <sup>3</sup>	12,7

Fuente:

<sup>1</sup> MEC "Estadística del gasto público en educación 2001"; INE "Encuesta Presupuestos Familiares 2001" (gasto privado); IEN( PIB Navarra 2001). Elaboración propia.

<sup>2</sup> MEC Estadística del gasto público en educación 2001.

<sup>3</sup> OCDE "Education at a glance, 2004"

<sup>4</sup> MEC Estadística del gasto público en educación 2001; Cuentas Generales de Navarra 2001. Elaboración propia. El dato de Navarra no es estrictamente comparable con España y la OCDE, ya que el gasto público total incluye sólo el gasto público del Gobierno de Navarra.

Asumiendo la importancia de los factores socioeconómicos, tal y como se señalaba al comienzo de este apartado, de los datos presentados sobre Navarra cabe señalar diversos factores que por su potencial de mejora deberían tenerse en cuenta a la hora de diseñar políticas para la salud desde los diversos ámbitos implicados. En primer lugar cabe señalar el progresivo envejecimiento de la población y de la composición de los hogares unipersonales, y la consecuente necesidad de recursos de atención sociosanitaria. Otros factores a destacar son el fracaso escolar en determinados colectivos; la temporalidad en el empleo en los jóvenes; las condiciones de trabajo en el colectivo de inmigrantes extracomunitarios; la dificultad de conciliación de la vida laboral y familiar; la escasez de viviendas de alquiler social, y la dificultad de acceso a la vivienda especialmente en determinados colectivos (jóvenes, inmigrantes, etc). Todos estos factores tienen relación directa con las políticas sociales y económicas.

## BLIBLIOGRAFÍA

- Departamento de Bienestar Social Deporte y Juventud. Evolución y situación actual de las familias inmigrantes extracomunitarias en Navarra 2003. Estudio realizado por la Universidad Pública de Navarra (UPNA). Gobierno de Navarra, 2004.

- Departamento de Bienestar Social Deporte y Juventud. Plan de lucha contra la exclusión social en Navarra, 1998-2005. Gobierno de Navarra, 1999.
- Departamento de Bienestar Social Deporte y Juventud. Plan Gerontológico de Navarra 1997-2000.
- Departamento de Economía y Hacienda. La Economía navarra en 2003. Gobierno de Navarra, 2004.
- Departamento de Salud. Diagnóstico de Salud de Navarra 1993. Gobierno de Navarra, 1995.
- *Ferrie J.E. et al.* Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *Brit Med J* 2001; 322: 647-651.
- Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta de la juventud de Navarra 2003, 2004.
- Fundación Secretariado Gitano. Investigación sobre la comunidad gitana en Navarra (Avance de resultados), 1999.
- Instituto de Estadística de Navarra (IEN). [www.cfnavarra.es/estadistica/](http://www.cfnavarra.es/estadistica/).
- Instituto de Estadística de Navarra. Encuesta de condiciones de vida. 2001 y 2003.
- Instituto de Estadística de Navarra. Situación de Navarra en la Unión Europea ampliada. Boletín Informativo nº 20 marzo 2004.
- Instituto de Estadística de Navarra. Nivel de estudios de la población navarra en el censo 2001. Boletín informativo nº 22 7/2004.
- Instituto de Estadística de Navarra. Encuesta de la Sociedad de la Información en Navarra, 2001 y 2003.
- Instituto de la Juventud. Aspectos salariales de los jóvenes trabajadores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004.
- Instituto de la Mujer. Encuesta sobre usos del tiempo. MTAS, 2001.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). [www.ine.es/inebase](http://www.ine.es/inebase).
- Instituto Nacional de Estadística. Capital humano y desarrollo humano en España, sus CCAA y provincias, 1980-2000.
- Instituto Nacional de Estadística. El entorno económico y social en 2002, 2003
- Instituto Navarro de Salud Laboral. Encuesta Navarra de salud y condiciones de trabajo. GN. 1997.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Delegación provincial en Navarra. Memoria 2003 y anteriores.
- Artazcoz L, Artieda L, Borrel C, et al. Combining job and family demands and being healthy. *Eur. J Publ Health* 2004; 14:43-48.
- Ministerio de Educación y Ciencia [wwwn.mec.es](http://wwwn.mec.es)

- Ministerio de Educación y Ciencia. Estadística del gasto público en educación 2001 y 2003.
- Ministerio de Educación y Ciencia. Estadística de la enseñanza en España en niveles no universitarios.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS). Aspectos salariales de los jóvenes trabajadores. A. Hidalgo, S. Pérez. Instituto de la Juventud (Univ. Carlos III Madrid), 2004.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe de desarrollo humano 2004.
- (OMS-WHO). Social determinants of health. The social facts, 2003.
- Organización para la cooperación y desarrollo económico (OCDE). Education at a glance 2004.
- United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report 2004.
- Universidad Pública de Navarra (UPNA). Encuesta: población inmigrante extracomunitaria 2000.





## ANEXO

**Tabla 1.** Indicadores del consumo en Navarra. Evolución 1999-2003 (\*).

	2003	2002	2001	2000	1999
Gasto medio por persona	12,3	-2,1	8,4	5,6	1,8
Empleo total (afiliados a la S. Social)	3,1	3,1	4,0	5,3	5,2
Aumento salarial pactado	3,8	4,2	3,7	4,6	3,3
IPC General ( en media anual)	3,1	3,8	3,7	4,1	3,3
Matriculación de turismos	0,3	-7,7	-10,6	-7,0	14,6
Cartera pedidos bienes de consumo	-16,4	-18,8	79,0	-10,3	-4,8
Utilización capacidad prod. bienes consumo	85,4	81,5	76,9	72,7	72,7
Consumo público ( Gobierno de Navarra)	6,7	8,5	7,0	8,9	6,6
Crédito al consumo deflactado	8,2	-1,6	-6,6	9,5	15,3

Fuente: Dpto. Economía y Hacienda. Gobierno de Navarra. "La economía navarra en 2003".

(\*) variación anual o saldos netos.

**Tabla 2.** Indicadores de inversión en Navarra. Evolución 1999-2003 (\*).

	2003	2002	2001	2000	1999
Matriculación vehículos industriales	6,9	-7,6	-16,3	0,7	8,8
Matriculación de tractores	-4,4	-15,4	-17,2	-8,7	3,2
Cartera pedidos bienes de inversión	-1,3	-31,0	-41,9	26,6	-4,4
Utilización capacidad prod. bienes de inversión	71,8	77,4	69,1	83,17	8,7
Inversión pública (Gobierno Navarra)	-6,9	-7,8	7,8	14,0	19,7
Crédito deflactado a la actividad productiva	1,0	7,7	10,6	21,4	25,0
Viviendas iniciadas	39,8	32,9	-19,3	0,2	18,2
Viviendas terminadas	-10,6	19,2	4,4	11,5	-5,8
Consumo de cemento	1,2	6,8	5,6	7,6	2,4

Fuente: Dpto. Economía y Hacienda. Gobierno de Navarra "La economía navarra en 2003".

(\*) variación anual o saldos netos.

**Tabla 3.** Prestaciones económicas de la seguridad social (contributivas y no contributivas).

<b>Tipos de Prestaciones gestionadas por el INSS y el INBS en Navarra</b>	
<b>TIPO DE PRESTACIÓN</b>	<b>Importe Básico Mes (€)</b>
<b>1. PRESTACIONES GESTIONADAS POR EL INSS</b>	<b>2003</b>
<b>PENSIONES CONTRIBUTIVAS</b>	
<b>INVALIDEZ</b>	
Gran Invalidez con cónyuge a cargo	713,07
Gran Invalidez sin cónyuge a cargo	605,52
INC. absoluta y total + 65 años con cónyuge	475,38
INC. absoluta y total + 65 años sin cónyuge	403,68
Parcial accidentes + 65 años con cónyuge	475,38
Parcial accidentes + 65 años sin cónyuge	403,68
<b>JUBILACION</b>	
+ 65 años con cónyuge a cargo	475,38
+ 65 años sin cónyuge a cargo	403,68
- 65 años sin cónyuge a cargo	431,58
- 65 años sin cónyuge a cargo	365,39
<b>VIUEDAD</b>	
Viudedad + 65 años	403,68
Viudedad 60 a 64 años	365,39
Viudedad - 60 años	291,57
Viudedad - 60 años con cargas familiares	365,39
<b>ORFANDAD</b>	
Orfandad	118,53
Orfandad absoluta	410,1
<b>FAVOR DE FAMILIARES</b>	
Por beneficiario (3)	118,53
Un beneficiario + 65 años	305,18
Un beneficiario - 65 años	287,34
<b>VEJEZ INVALIDEZ VIUEDAD SOVI (1)</b>	<b>288,14</b>
<b>2. PRESTACIONES GESTIONADAS POR EL INBS</b>	
<b>PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS</b>	
Jubilación e invalidez	270,88
Pensiones asistenciales	149,86
<b>PRESTACIONES FAMILIARES (2)</b>	
No minusválidos	24,25
Minusválidos - 18 años y + 33% incap.	48,47
Minusválidos - 18 años y + 65% incap.	262,83
Minusválidos + 18 años + 75% y 3ª persona	394,25
<b>SUBSIDIOS LISMI</b>	
Garantía ingresos mínimos	149,86
Ayuda tercera persona	58,45
Movilidad y transporte	41,78

Fuente: Dirección Provincial del INSS de Navarra.

Tope máximo de pensión	28.632,66
Salario mínimo interprofesional	451,20
Límite ingresos con hijo a cargo	8.264,28
Límite ingresos complemento sin cónyuge a cargo	5.754,37
Límite complemento con cónyuge a cargo	6.712,53
En todos los casos el nº de pagas anuales es de 14 excepto en las prestaciones familiares y los subsidios de movilidad y transporte, que son 12 pagas	

(1) SOVI: Seguro obligatorio de vejez e invalidez. Se aplica a las personas que han trabajado durante 5 años antes del 1.1.1967.

(2) Con hijos a cargo y bajo nivel de ingresos Se aplica cuando dispone de otro tipo de prestación.

**Tabla 4.** Nº de pensiones contributivas e importe de la pensión media por tipo y régimen. Navarra 2003.

REGIMEN	JUBILACIÓN		INVALIDEZ		VIUDEDAD	
	Nº Pens.	P. Media	Nº Pens.	P. Media	Nº Pens.	P. Media
General	36.192	803,2	12.164	847,6	16.470	456,4
Autónomos	7.481	477,8	2.277	499,1	3.504	342,3
Agrario Cta. Ajena	1.674	458,1	1.053	444,1	2.197	365,1
Agrario Cta. Propia	6.659	429,4	2.535	412,6	3.871	336,2
Minería carbón	10	1.059,0	7	577,5	20	363,4
Empleados Hogar	1.323	358,0	381	393,6	35	206,4
Accidente trabajo	0	0,0	1.919	742,4	918	536,6
Enferm. profesional	0	0,0	287	908,5	51	478,4
TOTAL	53.339	689,1	20.623	717,7	27.066	419,4

REGIMEN	ORFANDAD		F. FAMILIARES		TOTALES	
	Nº Pens.	P. Media	Nº Pens.	P. Media	Nº Pens.	P. Media
General	2.100	267,8	344	390,4	67.270	707,5
Autónomos	463	185,3	42	281,3	13.767	436,4
Agrario Cta. Ajena	158	241,2	48	284,2	5.130	407,1
Agrario Cta. Propia	292	225,6	138	270,9	13.495	393,5
Minería carbón	2	145,6	2	321,5	41	556,9
Empleados Hogar	7	131,7	5	283,6	1.751	361,6
Accidente trabajo	239	298,4	46	612,7	3.122	646,0
Enferm. profesional	6	238,1	1	967,0	345	833,4
TOTAL	3.267	252,8	626	364,8	104.921	609,6

Fuente: Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Navarra.



## ATENCIÓN AL MEDIO

*Miguel Lezaun Herce<sup>1</sup>, Isabel Sobejano Tornos<sup>2</sup>,  
Mariano Gallo Fernández<sup>3</sup>*

### ÁMBITO COMPETENCIAL

Cada vez es más evidente la estrecha interacción entre el medio en que vivimos y nuestra salud. Incluso una exposición a niveles mínimos de contaminantes en la atmósfera, agua, alimentos, entorno de convivencia, si es prolongada en el tiempo, puede tener consecuencias negativas significativas para la salud de las personas, si bien son escasos los estudios causa/efecto para bajos niveles de contaminación.

Esta atención al medio externo en que vivimos como factor determinante de la salud, es tenido en cuenta en la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, al encomendar a las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral: “La atención al medio en cuanto a su posible repercusión sobre la salud humana. Ello incluye el control y mejora del ciclo integral del agua, incluyendo su uso recreativo; residuos sólidos; aire; suelo; actividades industriales y comerciales; locales de convivencia, trabajo y recreo; control sanitario de los alimentos e industrias, establecimientos o instalaciones que los produzcan y elaboren; protección frente a la zoonosis; seguridad física frente a las radiaciones ionizantes y no ionizantes; ruido y accidentes en sus diferentes formas; seguridad química frente al uso de sustancias potencial-

- 
1. Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria del Instituto de Salud Pública de Navarra.
  2. Instituto Navarro de Salud Laboral.
  3. Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

mente peligrosas para la salud; y, en general, el control de todas aquellas actividades clasificadas por su repercusión sobre la salud.”

Posteriormente, mediante el Decreto Foral 221/1995, de 11 de agosto, se asignan y, en su caso, se transfieren al Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda las siguientes competencias: “Las relativas a salud ambiental que afecten a aguas residuales, residuos sólidos, cursos fluviales, contaminación atmosférica, aplicación en el medio de plaguicidas y otras materias tóxicas, contaminantes físicos, radiaciones ionizantes, ruidos y vibraciones y actividades clasificadas, en coordinación con el Departamento de Salud y sin perjuicio de las funciones de éste orientadas hacia la prevención y la protección de la salud”.

Así mismo, hay otras actividades de la vida cotidiana de los ciudadanos que tienen una incidencia directa o indirecta en la salud pública, cuya regulación se ha realizado en el último decenio y cuya competencia de control recae, principalmente, en otros departamentos de la Administración Navarra, como el funcionamiento de los centros de bronceado y alquiler de aparatos de bronceado (Decreto Foral 24/2004, Departamento de Industria, Tecnología, Comercio y Trabajo), tratamiento terapéutico de los animales, sustancias prohibidas en su alimentación, etc. (Ley Foral 11/2000, de sanidad animal, Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación), emisiones radioeléctricas (Ley Foral 10/2002, Departamento de Obras Públicas, Transportes y Telecomunicaciones), o la liberación voluntaria de organismos modificados genéticamente, alimentos transgénicos, (Decreto Foral 204/1998, de 22 de junio, por el que se asignan al Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda dichas funciones.

Esta confluencia de competencias en distintos sectores hace necesario potenciar la coordinación de las distintas administraciones con el Departamento de Salud, para que todas las decisiones que tomen con influencia en el entorno en que vivimos tengan en cuenta las consecuencias que pueden acarrear para la salud de las personas. Todo ello en confluencia con la política adoptada por la Unión Europea de contemplar “la salud” como bien prioritario a proteger en todas las decisiones a tomar en cualquier ámbito, incluido el medioambiental.

En otro orden de cosas, hay que hacer constar que una herramienta esencial para el conocimiento del estado de los diferentes indicadores en que se basa el diagnóstico de salud, en los aspectos de atención al medio, es la labor analítica efectuada por los laboratorios. Los esfuerzos realizados en los últimos años por el Laboratorio del Instituto de Salud Pública se puede sintetizar en dos aspectos: La consecución de su acreditación por parte de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), y la puesta a punto de nuevas técnicas analíticas para la determinación de nuevos parámetros tanto quí-

micos como microbiológicos (parahidroxibencenos, nitratos, colorantes, *Legionella pneumofila*, *Listeria monocytogenes*, toxina estafilocócica).

Dentro del control de la atención al medio, se pueden distinguir tres sectores diferenciados, Sanidad Ambiental, Seguridad Alimentaria y Zoonosis que se presentan para este diagnóstico.

## **SANIDAD AMBIENTAL**

La preocupación que este tema despierta entre los ciudadanos europeos queda reflejada en los resultados de una encuesta del Eurobarómetro, según la cual, un 89% de los encuestados expresaron su inquietud por las repercusiones potenciales del medio ambiente sobre su salud. Esta preocupación, cada vez más patente, con justificación científica o no, se debe a la percepción de las consecuencias que para la salud pueden tener tanto las actividades rutinarias de su vida diaria (aumento de la sensibilidad por el contacto con sustancias químicas, trastornos motivados por los ruidos, achacados a emisiones de antenas de telefonía móvil, etc.), como las consecuencias derivadas de las actividades industriales en su funcionamiento cotidiano (emisiones de contaminantes a la atmósfera, al agua, etc.), o motivadas por catástrofes medioambientales (accidente de las minas de Alnazcollar, naufragio del petrolero “Prestige”, etc.).

En los últimos años, las tradicionales acciones de vigilancia y control de los diferentes parámetros indicadores de la calidad medioambiental, y las acciones correctoras correspondientes, han tenido que adaptarse a los nuevos conocimientos. Esto ha sucedido recientemente, con la posibilidad de identificación como agente causal a la *Legionella pneumofila* en su modalidad comunitaria, como consecuencia de su proliferación en instalaciones de uso generalizado por los ciudadanos como las de producción y distribución de agua caliente, y por sistemas frecuentemente utilizados por empresas e instalaciones comerciales y de servicios como son torres de refrigeración y condensadores evaporativos, sobrepasando sus nichos internos de los edificios de carácter institucional.

Por otra parte, los nuevos conocimientos se traducen en nuevas exigencias legislativas, lo cual supone una continua adaptación de los sistemas de vigilancia y control a las nuevas situaciones.

La Comisión de las Comunidades Europeas estableció en 2003 la “Estrategia europea de medio ambiente y salud” (SCALE). Con un enfoque de

desarrollo sostenible, prioriza la protección de los grupos más vulnerables (principalmente los niños), se basa en el conocimiento y utiliza los instrumentos jurídicos para que los países miembros enfoquen los problemas sanitarios relacionados con el medio ambiente de una forma integrada.

Sus objetivos son:

- Reducir la carga de enfermedades causadas por factores medioambientales en la UE.
- Identificar y prevenir las nuevas amenazas a la salud derivadas de factores medioambientales.
- Facilitar la instauración de políticas de este ámbito en la UE.

Se hace indispensable el desarrollo de una legislación medioambiental de acuerdo con las medidas apropiadas de protección de la salud humana y el enfoque de las políticas y acciones en esta dirección.

#### AGUA DE CONSUMO HUMANO

En el año 2003, un 99,8% de la población de Navarra recibe agua controlada analíticamente. A todos los núcleos de población de más de 10 habitantes se les realiza control de la calidad del agua suministrada. Hay 910 personas, un 0,2% de la población que reside en núcleos de población pequeños que no están controlados analíticamente (Tabla 17 y Figura 23).

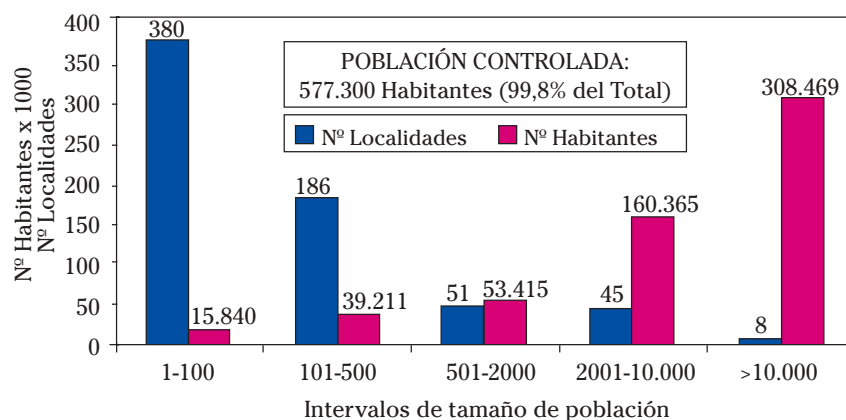
Ese año, El 81,8% de la población de Navarra recibió el agua de un servicio mancomunado (Tabla 18). La mayor disponibilidad de medios en este tipo de agrupaciones de entidades locales ha redundado en una mejor gestión y una mayor calidad del agua abastecida a sus usuarios. El 18,2% de los habitantes de Navarra, reciben agua de servicios no mancomunados. Residen, principalmente, en poblaciones pequeñas, donde se dispone de menos medios para realizar las operaciones de acondicionamiento del agua. En el año 1992, la población con cobertura analítica era un 98,7%, a un servicio mancomunado pertenecía un 65,2% de la población.

**Tabla 17.** Población con control analítico del agua de consumo. Navarra 2003.

Rango	Nº Localidades	Población	Cobertura /total población
1-100 habitantes	380	15.840	93,6%
101-500 habitantes	186	39.211	100,0%
501-2.000 habitantes	51	53.415	100,0%
2001-10.000 habitantes	45	160.365	100,0%
>10.000 habitantes	8	308.469	100,0%
Total	670	577.300	99,8%

Fuente: Instituto de Salud Pública. Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria.





**Figura 23.** Población con control analítico de aguas 2003.

Fuente: Instituto de Salud Pública. Sección de Inspección de Salud e Higiene Alimentaria.

Se subvenciona por parte de la Administración Pública la instalación de cloradores, el problema radica en el mantenimiento de los aparatos y en el control de su funcionamiento para conseguir la correcta desinfección del agua. Un 98,9% de la población reside en un lugar cuyo sistema de abastecimiento de agua está dotado con un sistema de cloración y se controla (Tabla 19), los resultados son correctos para el 98,1%. En 1992, estas cifras eran 88,1% y 84,2% respectivamente.

**Tabla 18.** Población según disponibilidad de servicios mancomunados de abastecimiento de agua. Navarra 2003.

Abastecimiento	Nº DE LOCALIDADES	Nº DE HABITANTES
No mancomunadas	363	105.140
Mancomunadas	317	473.070
Junta de Aguas de Tudela	5	39.508
Mancomunidad Arratoz	7	1.308
Mancomunidad Cascante-Cintruénigo-Fitero	3	12.436
Mancomunidad Mairaga	18	17.408
Mancomunidad Moncayo	8	20.419
Mancomunidad Montejurra	73	46.549
Mancomunidad Pamplona	142	302.884
Mancomunidad Sangüesa	13	7.282
Mancomunidad Sakana	23	14.072
Mancomunidad Valdizarbe	25	11.204
TOTAL	670	578.210

Fuente: Instituto de Salud Pública. Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria.

**Tabla 19.** Cobertura poblacional de los sistemas de abastecimiento de agua dotados con sistema de cloración. Navarra 2003.

	Nº de localidades	Nº Habitantes	Porcentaje (%)
Con control de cloración	552	571.785	98,9
Con control de cloración y resultados correctos	507	567.047	98,1
Con control de cloración y resultados incorrectos	45	4.738	0,8
Sin control de cloración	118*	6.425	1,1

(\*) Son 118 localidades de más de 10 habitantes y un número indeterminado de núcleos poblacionales de menos de 10 habitantes.

Fuente: Instituto de Salud Pública. Sección de Inspección de Salud Pública, e Higiene alimentaria.

Los resultados de las muestras analizadas en 2003 reflejan una diferencia en porcentaje de más de 20 puntos de análisis calificados como aptos para el consumo humano a favor de los servicios mancomunados (98,3%) frente a los no mancomunados (74,2%) (Tabla 20).

**Tabla 20.** Resultados de los análisis de muestras procedentes de aguas de consumo según procedan o no de servicios mancomunados. Navarra 2003,

	% de población suministrada	Nº de muestras analizadas	Muestras aptas para el consumo humano	
			Nº de muestras	% de muestras
Procedente de aguas mancomunadas	81,9	5.673	5.501	97,0
Procedente de aguas no mancomunadas	18,1	2.337	1.827	78,2
Totales	100	8.010	7.328	91,5

Fuente: Instituto de Salud Pública. Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria,

Las nuevas exigencias legislativas que se van introduciendo pueden crear confusión al valorar la evolución de algunos resultados. Así, el Real Decreto 140/2003, que establece los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano, determina mayores umbrales de exigencia en algunos parámetros analíticos y es la causa de que algunas aguas que en 2002 eran consideradas como “potables” de acuerdo a la legislación vigente en ese mo-

mento (Real Decreto 1138/1990) se hayan considerado “no aptas para el consumo humano” en el año 2003 por el Decreto 140/2003.

Esto ha sucedido en las mancomunidades de Cascante-Cintruénigo-Fitero y de Sakana. En 2003 ha disminuido el porcentaje de muestras potables, 10 puntos en la de Cascante (96,7 a 86,4) y casi 20 en la de Sakana (94,2 a 78,2). La causa principal de dicho descenso ha sido el cambio de exigencia en cuanto a turbidez que es difícil de cumplir en las aguas de origen superficial, caso de estas mancomunidades.

## **USO RECREATIVO DEL AGUA**

### **Piscinas de uso público**

El Decreto Foral 123/2003, de 19 de mayo establece las condiciones técnico-sanitarias de las piscinas de uso colectivo, estructura y mejora la normativa anterior adaptándola a las exigencias que los nuevos equipamientos recreativos y atracciones acuáticas requieren. Exige nuevas condiciones sanitarias y de seguridad en el diseño de las instalaciones y en las condiciones de utilización y establece que los titulares de las piscinas de uso colectivo son los responsables de la seguridad y salubridad en sus instalaciones, debiendo para ello poner los medios adecuados que las garanticen.

Se establecen unos procedimientos de autocontrol continuos que los responsables de las instalaciones deben llevar a cabo y un control oficial periódico por parte de los órganos de las administraciones competentes, con la finalidad de aumentar el nivel de protección de la salud de los usuarios de este tipo de instalaciones. Señala el Decreto Foral que previamente al inicio de temporada, una vez al año en las piscinas cubiertas, los titulares de las instalaciones deberán pedir la autorización sanitaria de funcionamiento al Departamento de Salud.

En 2003, se inició la aplicación del Decreto Foral. Se controlaron todas las piscinas de uso colectivo existentes en Navarra, 219 instalaciones (173 públicas y 46 plurifamiliares), que agrupan a 389 vasos (359 descubiertos, 21 cubiertos y 9 mixtos). A todas, se les comprobó, previamente a la autorización de apertura, el cumplimiento de los requisitos mínimos de funcionamiento. Posteriormente, durante la temporada de baño (o todo el año en el caso de las cubiertas), se comprobó de manera periódica, el correcto funcionamiento de todas las instalaciones y el cumplimiento de los autocontroles por parte de las empresas responsables. En cumplimiento de esta tarea se abrieron 15 expedientes sancionadores en 2003 y otros 15 en 2004, principalmente porque en el momento de la inspección el socorrista no estaba realizando sus funciones.

Las instalaciones de Pamplona y Tudela fueron controladas por sus propios servicios municipales. En el caso de Pamplona, se inspeccionaron en 2004, 22 instalaciones (18 colectivas y 4 plurifamiliares) que suponen 52 vasos (49 descubiertos y 3 mixtos) sin que se abriera ningún expediente sancionador. En Tudela se inspeccionaron en el mismo año 7 instalaciones (4 colectivas y 3 plurifamiliares) que suponen 17 vasos (2 de ellos descubiertos), tampoco en este caso se ha abierto ningún expediente sancionador.

En lo que se refiere al control analítico del agua, hasta el año 2003, sólo se realizaban controles, cuando el agua de llenado de los vasos no procedía de aguas de abastecimiento y en ocasiones puntuales, ante la sospecha de calidad deficiente del agua de los vasos. A partir de la temporada 2004, en aplicación de la nueva normativa, los titulares de las instalaciones tienen la obligación de realizar controles analíticos quincenales del agua de cada uno de los vasos con que cuente la instalación de la piscina con el fin de garantizar la aptitud higiénico-sanitaria de la misma y remitir esta información al Departamento de Salud tras el cese de funcionamiento de las instalaciones.

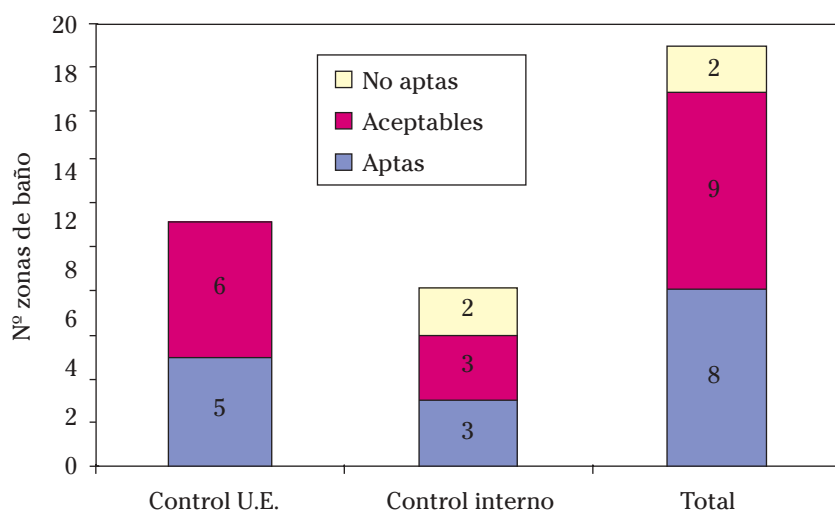
### **Aguas de baño naturales**

El control de las zonas de baño naturales lo realiza el Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda. Durante la temporada de baño de 2003 se controlaron 19 zonas de baño. De éstas, 11 forman parte de la red de control europeo lo que supone la realización de 10 análisis anuales y ocho pertenecen a la red de control interno, realizándose en ellas 6 análisis anuales. Los criterios de calidad aplicados son los que están contemplados en el Real Decreto 734/88 de 1 de julio que rigen las zonas de baños naturales.

De los resultados de los análisis se deduce que de las 19 zonas, 17 tienen una calidad de agua apta para el baño (Fig. 24). También se hace una valoración del entorno de la zona de baño, calificándose como “bueno”, si además de tener condiciones higiénico-sanitarias adecuadas, la zona está acondicionada para el baño o “aceptable” si únicamente se mantiene el lugar dentro del primer requisito, pero carece de infraestructuras. En términos generales los resultados son muy favorables en el 47% de las zonas; el entorno es clasificado como bueno (Fig. 25).

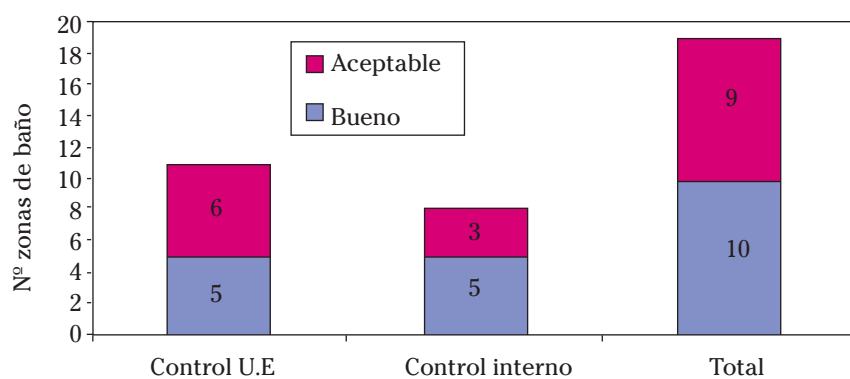
Respecto a 1993, el número de zonas de baño naturales ha disminuido de 33 a 19 como consecuencia de la construcción de infraestructuras de baño que ha determinado una disminución de la necesidad de las zonas naturales y de las mayores exigencias de salubridad y seguridad exi-

gidas a las mismas. Las condiciones de las zonas de baño actuales son mejores que en 1993, año en el que un 64% de las zonas de baño presentaban una calidad de agua no apta para el baño, frente al 10% actual.



**Figura 24.** Calificación de las aguas de baño naturales según su aptitud para el baño y tipo de control. Navarra 2003.

Fuente: Departamento de Ordenación del Territorio, Vivienda y Medio Ambiente.



**Figura 25.** Calificación del entorno de las zonas de baño naturales según tipo de control. Navarra 2003.

Fuente: Departamento de Ordenación del Territorio, Vivienda y Medio Ambiente.

## CONTROL DE LA LEGIONELOSIS

La detección de numerosos brotes de legionelosis en nuestro país, con un gran número de personas afectadas, originó la regulación de las instalaciones potencialmente peligrosas por posibilitar la proliferación y dispersión de la legionella al ambiente en aerosoles, mediante el Real Decreto 909/2001, de 27 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis y que fue sustituido posteriormente por el Real Decreto 865/2003, de 4 de julio.

Navarra no ha sido una excepción en la detección de brotes en los últimos años, habiéndose sufrido tanto en los ámbitos hospitalarios como en instalaciones deportivo-recreativas y urbanas.

En el año 2001, ante la trascendencia adquirida por la enfermedad como consecuencia de un brote de legionelosis acaecido en un hospital general y la alarma social generada, se adoptó un “Plan de prevención y control de la legionelosis en Navarra” en el que participan las Secciones de Enfermedades Infecciosas y Control de Brotes, la de Laboratorio de Salud Pública y la de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria, del Instituto de Salud Pública.

En el marco de este Plan se contemplan diferentes campos de acción que se exponen a continuación junto a los trabajos realizados en cada uno de los mismos.

- Acciones normativas:
  - Se reguló mediante el Decreto Foral 298/2001, de 15 de octubre, la creación de un censo de torres de refrigeración y condensadores evaporativos por su alto riesgo de dispersión de legionella. A 31 de diciembre de 2003 había censados 568 puntos, 178 corresponden a condensadores evaporativos y 390 a torres de refrigeración. Estos equipos se encuentran instalados en un total de 223 edificios de uso colectivo y/o industrias.
  - Mediante el mismo Decreto Foral 298/2001 ya citado, se reguló la autorización e inscripción en un registro de las empresas que pueden realizar los tratamientos de mantenimiento higiénico-sanitario de dichas instalaciones. A 31 de diciembre de 2003, hay 34 empresas registradas.
  - Se reguló mediante la Orden Foral 37/2003, de 9 de abril, el procedimiento de homologación de los cursos de formación dirigidos al personal que realiza las operaciones de mantenimiento higiénico-sanitario de las instalaciones de riesgo frente a legionella. En el año 2003 se autorizó a 4 entidades la realización de estos cursos de formación. Se

organizaron 10, y otorgaron a 284 personas la habilitación para poder realizar las operaciones de mantenimiento higiénico-sanitario de las instalaciones de riesgo frente a legionella.

- Acciones informativas: se elaboraron y distribuyeron folletos informativos dirigidos a población general y a los titulares de instalaciones potencialmente transmisoras de legionelosis del sector industrial y de los servicios.
- Acciones inspectoras:
  - Elaboración de los protocolos de inspección de primera visita o de caracterización de las instalaciones y de visitas de comprobación del correcto funcionamiento y mantenimiento de las mismas para todos los tipos de instalaciones potencialmente transmisoras de legionelosis.
  - Cumplimiento de un Programa de inspecciones de instalaciones. Todos los años se realizan visitas de inspección a los 14 centros sanitarios con internamiento y se prioriza la inspección entre las instalaciones de mayor riesgo (residencias de la tercera edad, piscinas con vasos climatizados e hidromasaje, grandes hoteles).

Durante los años 2002 y 2003 se han realizado 325 inspecciones distribuidas en los diferentes sectores (Tabla 21); el número de muestras para la detección y recuento, en su caso, de Legionella fueron 464 en esos dos años, 202 en 2003.

**Tabla 21.** Instalaciones con riesgo de dispersión de legionella inspeccionadas según tipo. Navarra 2002 y 2003.

Tipo de instalación	2002	2003
Centros sanitarios con internamiento	14	14
Balnearios	1	1
Centros residenciales de riesgo (tercera edad, disminuidos físicos, disminuidos síquicos)	24	26
Establecimientos hoteleros	24	32
Piscinas de uso público que dispongan de vasos climatizados, hidromasajes,	6	6
Industrias y establecimientos públicos	58	67
Establecimientos deportivos	8	3
Establecimientos educativos	12	5
Establecimientos de las instituciones forales	13	11
Total	160	165

Fuente: Instituto de Salud Pública. Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria.

## **SEGURIDAD QUÍMICA**

### **Establecimientos y servicios plaguicidas**

En 1996 se publicó el Decreto Foral 50/1996, de 22 de enero, que regula la inscripción y funcionamiento del Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas, la aplicación de la normativa reguladora del Libro Oficial de Movimientos de Plaguicidas Peligrosos y los cursos y Carné de Capacitación para la Utilización de Plaguicidas en la Comunidad Foral de Navarra.

La autoridad competente para gestionar los registros correspondientes a establecimientos donde se fabriquen, almacenen o comercialicen plaguicidas es el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación; los registros de los servicios de aplicación de productos fitosanitarios y/o de uso ganadero competen al Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación y los registros de los servicios de aplicación de plaguicidas de uso ambiental y/o en la industria alimentaria al Departamento de Salud.

La importancia del control de los plaguicidas se deduce de las siguientes cifras: en 2003, el consumo de productos fitosanitarios en Navarra fue de 796.943 Kg; el número de establecimientos dedicados a la actividad, censados en 2003, era de 181. Finalmente, el número de servicios de aplicación de productos fitosanitarios y/o de uso ganadero fue de 26 y el de aplicación de plaguicidas de uso ambiental o en la industria alimentaria fue 49.

Con carácter previo a la inscripción en el registro correspondiente, se realiza una inspección del establecimiento de almacenamiento y/o venta, por parte de los técnicos del Instituto de Salud Pública.

Técnicos del Instituto de Salud Pública en colaboración con el Instituto Técnico de Gestión (ITG) y Formación Agraria participan en la formación de los agricultores para la buena utilización de estos productos. Cada año se organizan aproximadamente 20 cursos repartidos por toda la geografía de Navarra, con una participación media de 20 nuevos alumnos por curso.

## **RESIDUOS SÓLIDOS**

La planificación de la gestión de los residuos urbanos se inicia en Navarra en 1989 con la adopción de un Plan Director basado en la zonificación de Navarra para la recogida y tratamiento de basuras por parte de los Ayuntamientos y Concejos y el apoyo financiero del Gobierno de Na-



varra a las entidades locales concretado en los Planes trienales de infraestructuras.

En 1999, de acuerdo con lo establecido en la Ley 10/1998, de 21 de abril, Básica de Residuos, se aprueba el Plan Integrado de Gestión de Residuos de Navarra que se basa en una visión global de los residuos generados, independientemente de su origen y bajo los principios de prevención y control de la contaminación; la minimización o reducción de la cantidad generada de residuos; la valorización y reciclaje; la suficiencia y proximidad evitando en lo posible los traslados; la subsidiariedad o responsabilidad compartida; el principio de “quien contamina paga” y la transparencia en la información y la formación.

Se aplica a todo tipo de residuos, con excepción de las emisiones a la atmósfera, los residuos radiactivos, los vertidos a las aguas y los residuos producidos en las explotaciones agrícolas y ganaderas que no sean peligrosos y se utilicen exclusivamente en el marco de dichas explotaciones. Respecto a los residuos mineros y a la eliminación de animales muertos y otros desperdicios de origen animal, sólo es de aplicación en los aspectos no regulados expresamente por su normativa específica.

El Plan Integrado contiene un análisis de situación, y establece unos programas de actuación con objetivos específicos según tipo de residuos. A continuación se presenta la situación actual con los datos más actualizados posibles y en algunos casos la situación de partida en el momento de elaboración del Plan.

### **Los residuos sólidos urbanos**

La producción de los residuos sólidos urbanos en Navarra aumenta progresivamente, en 1996 la cifra era de 1,06 Kg/hab día, en 2003 asciende a 1,25 Kg/hab/día.

La gestión de estos residuos se realiza en Navarra de manera mancomunada en 20 comarcas con diferentes soluciones a los variados aspectos que la gestión implica (Tabla 22). Las tres zonas mayores, Pamplona comarca, Montejurra y Ribera agrupan el 76,2% de la población y gestionan también el 75% de todos los residuos que se producen en Navarra.

La situación final pretendida por el Plan integral es orientar la financiación que es responsabilidad del Gobierno, a la dotación de estas tres comarcas, Pamplona, Montejurra y Ribera con plantas de gestión de residuos que permitan asumir todos los residuos que se producen en Navarra y que agruparían a un 64, 15 y 20% de la población respectivamente.

**Tabla 22.** Comarcas de Navarra mancomunadas para la gestión de los residuos sólidos.

Comarcas	Nº de habitantes	Nº de municipios
Bortziriak	8.337	5
Baztán	7.746	1
Goizueta Arano	994	2
Alto Araxes	926	2
Leiza-Larraun	5.103	3
Malerreka	5.329	13
Sakana	19.832	15
Comarca de Pamplona	308.226	47
Petilla de Aragón	36	1
Comarca 10	4.279	10
Bidausi	2.912	15
Esca Salazar	3.601	17
Comarca de Sangüesa	9.921	14
Montejurra	52.102	62
Arga-Valdizarbe	10.898	11
Comarca de Tafalla	16.941	12
Ribera Alta	32.927	10
Ribera Aragón	6.497	6
Ribera	80.517	19
En mancomunidad fuera de Navarra	1.086	5
Total municipios		270
Total habitantes	578.210	

Fuente: Dirección General de Medio Ambiente. Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del territorio y Vivienda.

La situación en cada uno de los aspectos de la gestión de los residuos es la siguiente:

- **La recogida y transporte** de basuras ya estaba garantizada en 1996.

En el año 2003, la forma de recogida selectiva se practica en 13 comarcas, dando cobertura al 84% de los municipios que repre-

sentan un 94,5% de la población (Tabla 23). Las recogidas selectivas específicas tienen las siguientes coberturas:

- Recogida selectiva de vidrio: 97,8% de los municipios, 99,8% de la población.
  - Recogida selectiva de papel y cartón: 97,0 de los municipios, 99,6% de la población.
  - Recogida selectiva de trapos: 44,8% de los municipios, 65,2% de la población.
  - Recogida selectiva de envases ligeros: 94,6 de los municipios.
  - Todos los municipios de más de 5.000 habitantes tienen implantada la recogida selectiva.
- **La recuperación y reciclaje** conciernen a casi toda la población pero se concentra de manera significativa en 5 zonas. Hay una gran heterogeneidad en las soluciones de los sistemas aplicados lo que supone un cierto desorden y una dificultad en su aplicación. Los sistemas de tratamiento son también variados:
    - Hay dos plantas de selección en las zonas de Pamplona y Montejurra situadas en Góngora y Cárcar respectivamente.
    - Ribera, Ribera alta y Tafalla reciclan de manera directa sin planta de separación.

En 1996, de los 389,2 Kg de residuos generados, se reciclaron 41,6, un 11%. Este porcentaje subía al 25% si se excluye del cómputo la materia orgánica.

En 2003, un 32,6 de los materiales son reutilizados y reciclados. Se ha alcanzado el objetivo marcado en lo que se refiere a papel y vidrio. No se ha cumplido en plásticos, brik y metales debido a la poca eficiencia del sistema en el caso de estos materiales.

- **La eliminación final** de la fracción no reciclada, se hace en los vertederos municipales oficialmente reconocidos. En el año 1996 había 16 vertederos, dos en la zona de Montejurra, además existían 2 plantas incineradoras (Tabla 24).

El Plan Integral pone en marcha un programa de actuación sobre los vertederos que integra intervenciones de clausura y de adecuación y que implica pasar de los 16 existentes al inicio de aplicación del Plan a 6: Pamplona (Góngora), Montejurra (Cárcar) y Ribera que son los que finalmente quedarían y otros 3 Tafalla, Ribera alta y Sakana (Arbizu), este último construido recientemente, que se prevé que continúen hasta el final de su vida útil.

**Tabla 23.** Sistema de recogida de residuos sólidos.

Comarcas	Número de Habitantes	Número de Municipios	Normal En masa	Forma de Recogida	
				Selectiva	
				EELL (envases ligeros)	Húmedo-Seco
Bortziriak	8.337	5	X		
Baztán	7.746	1			X (1)
Goizueta Arano	994	2	X		
Alto Araxes	926	2			X (1)
Leiza-Larraun	5.103	3			X (1)
Malerreka	5.329	13			X (1)
Sakana	19.832	15		X	
Comarca de Pamplona	308.226	47			X (1)
Petilla de Aragón	36	1	X		
Comarca 10	4.279	10	X		
Bidausi	2.912	15			X (1)
Esca Salazar	3.601	17			X (1)
Comarca de Sangüesa	9.921	14	X		
Montejurra	52.102	62			X (2)
Arga-Valdizarbe	10.898	11		X	
Comarca de Tafalla	16.941	12		X	
Ribera Alta	32.927	10		X	
Ribera Aragón	6.497	6	X		
Ribera	80.517	19		X	
En mancomunidad fuera de Navarra	1.086	5	X		
Total municipios		270	43	67	160
Total habitantes	578.210		31.150	161.115	385.945
Porcentaje de población			5,39%	27,86%	66,75%

1) Recogida en dos contenedores (inertes - fermentables) haciendo énfasis de calidad en inertes.

2) Recogida en dos contenedores (inertes - fermentables) haciendo énfasis de calidad en fermentables.

Fuente: Dirección General de Medio Ambiente. Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del territorio y Vivienda.

Las actuaciones que en este sentido se han hecho han sido:

- Zona de Montejurra: clausura del vertedero de Estella y adecuación del de Cárcar.
- Clausura de las incineradoras de las zonas de Baztán y Malerreka en 1998. Sus residuos se llevan a Góngora.
- No se utilizan los vertederos de las zonas de Leiza-Larraun, Bidausi y Esca Salazar pero está pendiente su clausura. Sus residuos se llevan a Góngora.

**Tabla 24.** Instalaciones de eliminación de residuos sólidos. Navarra 1996, previsiones y actuaciones a 2003.

Comarcas	Número de habitantes	Número de municipios	Previsión	Actuaciones realizadas a 2003
VERTEDEROS				
Bortziriak	8.337	5	Clausura	
Goizueta Arano	994	2	Clausura	
Alto Araxes	926	2	Clausura	
Leiza-Larraun	5.103	3	Clausura	No se utiliza
Malerreka	5.329	13	Clausura	
Sakana	19.832	15	Mantenimiento temporal	Mantenimiento
Comarca de Pamplona	308.226	47	Mantenimiento	Mantenimiento
Petilla de Aragón	36	1	Clausura	
Comarca 10	4.279	10	Clausura	
Bidausi	2.912	15	Clausura	No se utiliza
Esca Salazar	3.601	17	Clausura	No se utiliza
Comarca de Sangüesa	9.921	14	Clausura	
Montejurra	52.102	62	Clausura	
Estella			Clausura	Clausurado
Cárcar			Remodelación	Remodelado
Arga-Valdizarbe	10.898	11	Clausura	
Camarca de Tafalla	16.941	12	Mantenimiento temporal	Mantenimiento
Ribera Alta	32.927	10	Mantenimiento temporal	Mantenimiento
Ribera Aragón	6.497	6	Clausura	
Ribera	80.517	19	Mantenimiento	Mantenimiento
Incineradoras				
Baztán	7.746	1	Clausura	Clausurado
Malerreka	5.329	13	Calusura	Clausurado

Fuente: Dirección General de Medio Ambiente. Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del territorio y Vivienda.

En el año 1996 no existía ningún aprovechamiento energético de los residuos excepto en la planta de Góngora donde se realiza mediante el almacenamiento y transformación del gas producido por la fermentación anaeróbica de la materia orgánica. El Plan preveía las actuaciones siguientes para que las tres comarcas que finalmente quedarán, Montejurra, Ribera y Pamplona tengan un adecuado sistema de compostaje y biometanización:

- Adecuación de la planta de la zona de Montejurra al volumen de residuos que va a recibir. Esta actuación ya se ha realizado.
- Construcción de una planta de biometanización en la zona de Ribera: actualmente está en avanzado proceso de construcción.
- Construcción de una planta de biometanización en la zona de Pamplona que sustituya a la actualmente existente: está en proceso el trámite de autorización.

### Los residuos específicos

- **Escombros, tierras y restos de demolición.** El Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda tiene suscrito un convenio con la sociedad mercantil, Recuperación Ambiental SL (REAM) para la utilización de estos residuos en la recuperación de zonas degradadas y la posterior revegetación de los terrenos, con el fin de minimizar su eliminación en vertederos o escombreras. Se pretende crear una red de puntos de depósito y de puntos de entrega y crear entidades de gestión. De momento a 2003, se han creado 2 vertederos privados que están en funcionamiento.
- **Voluminosos.** Se recoge puerta a puerta el 82% de los voluminosos producidos y se dedican al reciclaje superándose las expectativas que se habían fijado de reciclar un 70% de los residuos recogidos. Existen además dos puntos de recogida, por debajo de los 32 planteados en el plan pero que la cobertura alcanzada por la recogida puerta a puerta ha hecho innecesarios.
- **Animales muertos y subproductos animales no destinados a consumo humano.** La Decisión de la Comisión 2000/418/CE, de 29 de junio, por la que se reglamenta el uso de los materiales de riesgo (MER) en relación con las encefalopatías espongiformes transmisibles, dispuso que dichos materiales, o los cadáveres de los animales que los contengan, deberían destruirse por incineración, o por inhumación previo tratamiento drástico por calor que garantice la destrucción del prión.
- En 2003, entra en vigor el Reglamento (CE) 1774/2002, que regula la eliminación de los subproductos animales no destinados al consumo humano, que de forma general, no contempla su eliminación directa en vertedero. Agrupa a los subproductos en tres categorías dependiendo del riesgo de transmisión de enfermedades:

- Categoría 1 (MER, animales de experimentación, de compañía, etc.), cuyo tratamiento es el indicado anteriormente. Como excepción se permite el enterramiento de los animales de compañía.
- Categoría 2 (partes de animales o animales, que no contengan MER, que mueran sin ser sacrificados para consumo humano). Su destino es la destrucción por métodos similares a los de categoría 1, o su utilización como abono en el caso del estiércol, pero nunca pueden entrar a formar parte de piensos.
- Categoría 3 (pieles, plumas, partes rechazadas de animales sacrificados que no presenten signos de enfermedad transmisible, etc.) su destino puede ser incluso la elaboración de piensos.

En Navarra hay una planta de tratamiento en el término municipal de Pamplona, en donde se realiza gran parte del tratamiento térmico de los MER generados en nuestra Comunidad.

- **Neumáticos.** El principal método de eliminación es el vertedero, bien sin tratar o después de ser triturado. El Plan pretende potenciar el reciclado de este material o su utilización como combustible y canalizarlo a través de gestores privados. A 2003, el sistema de recogida es privado y se recupera y recicla el 80% de los productos.
- **Vehículos fuera de uso.** El nuevo Real Decreto 1383/2002 sobre Vehículos Fuera de Uso, y la ORDEN INT/249/2004, del Ministerio de Interior, establecen que todos los vehículos deberán descontaminarse al final de su vida útil, antes de ser sometidos a cualquier otro tratamiento. A tal efecto, el titular de un vehículo que vaya a desprenderse del mismo queda obligado a entregarlo a un centro autorizado de tratamiento (CAT).
- El Plan se planteó como objetivo crear una red de CAT y conseguir la valorización del 95% en peso del 90% de los vehículos que se dan de baja.
- A fecha de 2003, se han creado 9 CAT y hay 3 nuevos en periodo de autorización, superándose las necesidades actuales de Navarra. El porcentaje reciclado es el 85% muy cerca del objetivo marcado.
- **Pilas.** En 1996, varias Mancomunidades de Residuos Sólidos Urbanos, que agrupaban a más del 85% de la población navarra, disponía de algún sistema de recogida de pilas, la cantidad reco-

gida se estimó que representaba el 16% de las pilas prismáticas utilizadas y el 75% de las pilas botón.

- El objetivo del Plan era consolidar la red de recogida y extenderla al resto de Navarra, la valoración a 2003 del grado de cumplimiento es que se ha consolidado el sistema de recogida, dando cobertura al 76% de la población y que se está completando la red de recogida.
- **Peligrosos domiciliarios.** El Plan marcó como objetivo la creación de una red de 32 puntos de recogida. A 2003, se han creado dos puntos, en Estella y Pamplona y hay uno en construcción en la comarca de Pamplona.
- **Fangos de depuradora.** El Plan marcó como objetivo la valorización agrícola del 100% de los fangos. La valoración a 2003, es que mediante gestión privada y pública a través de tres mancomunidades, se están cumpliendo los objetivos.
- **Residuos sanitarios.** Su gestión está regulada en nuestra Comunidad por los Decretos Forales 296/1993, de 13 de septiembre, y 181/1994, de 3 de octubre.

Existen tres tipos:

- Grupo 1: está constituido por residuos asimilables a los urbanos, y por tanto, susceptibles de reciclar.
- Grupo 2: está constituido por residuos que pueden ser retirados por la entidad encargada de la gestión de residuos sólidos urbanos, pero no son reciclables por su composición.
- Grupo 3: está constituido por materiales que tienen que recibir tratamiento previo para no suponer un riesgo de infección significativo para las personas. Los tratamientos previos antes de su eliminación como residuos sólidos humanos son la incineración y la desinfección en autoclave.

El Plan estableció como objetivo llegar a hacer una gestión adecuada de todos los residuos del grupo 3 mediante una autoclave privada. A 2003, aunque la recogida es correcta, no se ha creado ninguna instalación de tratamiento y se carece de ellas, la gestión es externa en el 100% de los casos.

Los centros y actividades que generen residuos sanitarios deben contar con un plan de gestión de los mismos, que tiene que ser homologado por el Departamento de Salud. A 31 de diciembre de 2003, hay 28 centros y servicios sanitarios que tienen homologados sus planes de gestión de los residuos sanitarios generados en su funcionamiento. Entre ellos es-



tán los principales generadores de este tipo de residuos (centros hospitalarios, de atención primaria, etc.).

### Los residuos industriales

- **Los residuos industriales no peligrosos no inertes.** Se consideran asimilables a los sólidos urbanos.
- **Los residuos industriales no peligrosos inertes.** Según datos de 1996, las industrias de fundición son las que más residuos de este tipo generan, constituyendo un 37% del total. La fracción de embalajes supone el 9%. La mayor parte de estos residuos se tratan en los vertederos mancomunados que disponen de una serie de escombreras que también admiten residuos industriales.
- Los objetivos marcados por el Plan y el grado de cumplimiento en estos años se presenta a continuación:
  - Adecuación de las instalaciones de eliminación a la normativa europea: se ha estudiado la idoneidad de un vertedero (Mairaga) y se ha clausurado el vertedero de Estella pero no se ha apoyado la iniciativa privada de construir uno nuevo en esta última zona.
  - Creación de registros de gestores: se ha creado el registro de gestores de residuos no peligrosos.
  - Segregación en origen de los envases y gestión adecuada. Presentación de planes empresariales de prevención de envases: se han presentado 20 planes empresariales.
  - Resolución de los problemas de tratamiento de los residuos, haciendo hincapié en la tecnología de compostaje: un 57% de la fracción orgánica tiene una gestión adecuada, existen 5 plantas privadas de compostaje y otra que se ha adecuado.
- **Los residuos industriales peligrosos.** Están sometidos al Plan Gestor 1998-2003. Los objetivos y grado de cumplimiento son los siguientes:
  - Creación de una planta en Arazuri y de un depósito de seguridad. No se ha hecho ninguna de estas dos intervenciones.
  - Reducción de un 19% de la generación de estos residuos. Ha aumentado la producción un 5%, pero el PIB ha aumentado un 21%. Se han presentado 85 estudios de minimización de “residuos peligrosos” por parte de las empresas productoras. Se han recibido 10 estudios de desclasificación de residuos peligrosos.

### **Los residuos agropecuarios**

**Residuos agrícolas.** Son de tres tipos: plásticos procedentes principalmente de la renovación de invernaderos y de cultivos como el espárrago, envases de pesticidas y restos de cosechas.

Los objetivos del Plan se concretan en la recogida del 50% del plástico y del 100% de los envases fitosanitarios generados. A 2003, la valoración es que no se ha realizado la recogida del plástico, y la de los envases se ha hecho de manera parcial por una empresa privada que ha establecido 10 puntos de recogida pero se espera que alcance la cobertura total.

**Residuos ganaderos.** Constituyen el mayor volumen de residuos de carácter orgánico. Se utilizan como enmiendas agrícolas. Su potencial riesgo de contaminación del agua hace necesario que su aplicación en el terreno se realice en las dosis necesarias y en el momento oportuno para que los nutrientes aportados sean aprovechados por los cultivos y no contaminen el agua. En el año 2003, se hace una gestión adecuada del 83% de la materia orgánica residual (MOR).

### **AGUAS RESIDUALES**

La Ley Foral 10/1988, de 29 de diciembre, de Saneamiento de las Aguas Residuales de Navarra plantea el garantizar la defensa y restauración del medio ambiente de los cauces fluviales de la Comunidad Foral y la implantación de los servicios de depuración de aguas residuales para asegurar los niveles de calidad exigibles, mediante un Plan Director de infraestructuras y servicios, comprensivo de todo el territorio de Navarra.

El primer Plan Director de Saneamiento de los ríos fue establecido en febrero de 1989, habiéndose realizado siete programas anuales entre 1989 y 1995. Actualmente, está pendiente una revisión y actualización del Plan Director vigente.

“Navarra de Infraestructuras Locales, S.A.” (NILSA), es una Sociedad Pública adscrita al Departamento de Administración Local del Gobierno de Navarra que apoya técnicamente a las Entidades Locales en la implantación y gestión de los servicios municipales asociados a sus infraestructuras básicas, entre ellas el saneamiento de aguas y además se ocupa de la coordinación y dirección de las actuaciones previstas en el Plan Director.

La Directiva Comunitaria 91/271 emplaza antes del año 2005 a los municipios de la Unión Europea de más de 2.000 habitantes a disponer del

oportuno tratamiento de sus aguas residuales, objetivo que en Navarra está cumplido ya que en 2003, el 100% de los núcleos de más de 500 habitantes, el 95% de la población, 41% de todos los núcleos, cuentan con depuración biológica (Tabla 25).

Un 24% de los núcleos de población, 144, de los que el 70% son menores de 100 habitantes, no tienen ningún sistema de depuración. Esto afecta a un 2% de la población.

**Tabla 25.** Depuración de aguas residuales según tipo de la misma, población y núcleos. Navarra 2003.

<i>Concepto</i>	<i>&gt;500 habitan.</i>	<i>250-500 habitan.</i>	<i>100-250 habitan.</i>	<i>a&lt;100 habitan.</i>	<i>TOTALES</i>		
Habitantes	522.659	19.085	20.393	14.785	576.922 habitantes.		
Nº núcleos	105	54	131	322	612 núcleos		
<i>Depuración/ Población</i>	<i>Población</i>	<i>Población</i>	<i>Población</i>	<i>Población</i>	<i>Situación depuración según población</i>		
Biológica	522.659	13.150	9.814	2.376	547.999	95%	Biológica
Primaria	0	2.221	5.791	7.488	15.490	3%	Primaria
Sin depuración	0	3.724	4.788	4.657	13.169	2%	Sin depuración
Total población	522.659	19.085	20.393	14.521	576.658		
% Sobre total de población	91%	3%	4%	3%	100%	100%	
<i>Depuración/ núcleos</i>	<i>Núcleos</i>	<i>Núcleos</i>	<i>Núcleos</i>	<i>Núcleos</i>	<i>Situación depuración según núcleos</i>		
Biológica	105	37	63	46	251	41%	Biológica
Primaria	0	6	38	173	217	35%	Primaria
Sin depuración	0	11	30	103	144	24%	Sin depuración
Total núcleos	105	54	131	322	612		
% Sobre total de núcleos	17%	9%	21%	53%	100%	100%	

Fuente: Dirección General de Medio Ambiente. Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del territorio y Vivienda.

## RESIDUOS RADIATIVOS

Los residuos radiactivos se clasifican en dos grupos en función de las concentraciones de isótopos radiactivos que contienen y de la vida media de los mismos, aspectos que indican el riesgo que pueden suponer:

- Residuos radiactivos de alta actividad, que contienen concentraciones elevadas de isótopos radiactivos de vida corta y media (in-

ferior a 30 años) y concentraciones considerables de vida larga. Tardan miles de años en llegar a un nivel no nocivo para la salud.

- Residuos radiactivos de baja y media actividad, que contienen concentraciones bajas o medias de isótopos radiactivos de vida media-corta y un contenido bajo de vida larga.

La competencia del control de la gestión de los residuos radioactivos recae en el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN), que se ejerce en Navarra a través del Departamento de Salud, en función del compromiso adoptado en el Acuerdo de Encomienda entre el Gobierno de Navarra y el citado Consejo.

En Navarra no se generan residuos de alta actividad, ni se almacenan. Los residuos generados son de baja y media actividad, y se originan, principalmente, durante las prácticas de radiodiagnóstico y radioterapia en los centros sanitarios, en acciones de investigación y en procesos industriales.

Entre ellos los hay de tan baja actividad, como pueden ser soluciones de sustancias radiactivas empleadas en ciertos tratamientos médicos o excretas de pacientes tratados con ellas, que, tras un almacenamiento adecuado, disminuye su emisión de radiaciones ionizantes a un nivel no nocivo para la salud, pudiendo ser gestionados como residuos convencionales.

El resto de residuos radiactivos son transportados y almacenados en condiciones controladas por la Empresa Nacional de Residuos Radiactivos, SA (ENRESA), en las instalaciones de El Cabril (Córdoba), donde se separan y almacenan en función de su estado físico, actividad y posibilidad de combustión.

## **CALIDAD DEL AIRE**

El Real Decreto 1073/2002, sobre evaluación y gestión de calidad del aire ambiente en relación con el dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno, óxidos de nitrógeno, partículas, plomo, benceno y monóxido de carbono, y el Real Decreto 1796/2003, de 26 de diciembre, relativo al ozono en el aire ambiente, transpone a la legislación española todas las directivas europeas vigentes en ese momento.

Las normas señaladas establecen para dichos contaminantes los siguientes aspectos:

- Condiciones de ubicación de los puntos de muestreo,
- Criterios para la determinación del número mínimo de puntos, tanto para fuentes difusas, como para fuentes puntuales y protección de ecosistemas.

- Objetivos de calidad para los datos de los distintos métodos de evaluación de la calidad del aire utilizados.
- Los métodos de referencia para la evaluación de cada parámetro (muestreo y análisis).

**La Red de Control de Calidad del Aire** en Navarra está constituida por 8 estaciones; 4 son propiedad de la Administración Pública y están situadas en Pamplona: Iturrama, Plaza de la Cruz y Rochapea y en Alsasua. Las otras 4 se corresponden a actividades industriales que proporcionan la información requerida y están situadas en Tudela, Funes, Arguedas y Sangüesa.

El Ayuntamiento de Pamplona participa en la Red de Control, poniendo a su disposición el captador de Rochapea que es de su propiedad. Recibe información del conjunto de las estaciones de Pamplona y toma las decisiones competentes.

Todas las estaciones proporcionan información sobre dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno, óxidos de nitrógeno, monóxido de carbono y partículas en condiciones ambientales. Todas, excepto Sangüesa y Funes, miden también el ozono.

La estación de Iturrama dispone de información desde 1997, las demás desde 2001.

### Resultados de las mediciones

- **Todos los parámetros medidos** (excepto el ozono) en cada una de las estaciones, se encuentran por debajo de los valores límite y de los márgenes de tolerancia admitidos, tanto en el año 2003, como en las series disponibles de los años anteriores.
- En el caso del **ozono**, el valor límite y margen de tolerancia que se utiliza en las otras sustancias, ha sido sustituido por los umbrales de alerta, de información y de protección de la salud humana, que se han definido como valores orientativos a partir de los cuales puede haber algún efecto negativo. Los dos primeros son valores de concentración en una hora. El de protección es un promedio de 8 horas.

Resultados del año 2003:

- El umbral de alerta no se superó en ninguna estación.
- El umbral de información sólo se superó en la estación de Tudela, durante 4 días durante unas franjas horarias cuya duración oscila de 1 a 4 horas.

- El umbral de protección de la salud humana se ha superado en todas las estaciones que lo miden, oscilando de los 2 días de la Plaza de la Cruz a los 82 de Tudela.

Resultados de los años anteriores: destaca el año 2001 por los altos valores registrados:

- El umbral de alerta se superó en la estación de Alsasua 11 días en el 2001 durante unas franjas horarias cuya duración oscila de 1 a 16 horas.
- El umbral de información fue superado:
  - En la estación de Iturrama 2 días en 1998 (franjas horarias de 1 y 2 horas) y otros 2 en 2001 (durante 1 hora).
  - En la estación de Alsasua 13 días en 2001 (franjas horarias de 1-23 horas).
  - El umbral de protección de la salud humana se ha superado en Iturrama y Alsasua en cada uno de los años de los que se tiene mediciones y en la estación de la Plaza de la Cruz en 2001.

## **RADIACIONES IONIZANTES**

Mediante el Real Decreto 815/1999, de 14 de mayo, se traspasaron las funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Foral de Navarra en materia de Instalaciones Radiactivas de segunda y tercera categoría, recayendo en el Departamento de Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo la competencia. En el Acuerdo, ya citado, entre el Consejo de Seguridad Nuclear y el Gobierno de Navarra, se encomienda a la Administración de la Comunidad Foral la función de inspección de instalaciones radiactivas, que es desarrollada por el Departamento de Salud. Este Departamento también gestiona el Registro de Instalaciones de Radiodiagnóstico Médico. En 2003, hay 360 instalaciones registradas, las cuales contabilizan 574 equipos de rayos X.

## **ACTIVIDADES CLASIFICADAS**

Los equipos de atención primaria y los servicios técnicos del Instituto de Salud Pública informan, desde el punto de vista de su afección para la salud, los expedientes de actividad clasificada que los ayuntamientos remiten.

Durante el año 2003 se han informado, por parte del Instituto de Salud Pública, un total de 650 expedientes de licencia de actividad y 164 de licencia de apertura.

## RUIDOS Y VIBRACIONES

El Decreto Foral 135/1989 establece las condiciones técnicas que deben cumplir las actividades emisoras de ruidos en Navarra. A nivel Nacional, la Ley 37/2003 del Ruido se constituye como referencia de las posibles actuaciones futuras en este campo además de recoger la Directiva europea sobre ruido ambiental que fija las siguientes finalidades:

- Determinar la exposición al ruido ambiental mediante la elaboración de mapas.
- Poner a disposición de la población la información sobre el ruido ambiental y sus efectos.
- Adoptar planes de acción para prevenir y reducir el ruido ambiental.

El alcance y contenido de la Ley es más amplio que el de la Directiva Europea. Prevé medidas correctoras y preventivas de la contaminación acústica, entre las que destacan las siguientes:

- Planificación territorial y planeamiento urbanístico
- Intervención administrativa sobre los emisores acústicos: integración de la evaluación acústica en los procedimientos ya existente de intervención admisnitrativa.
- Autocontrol de las emisiones acústicas por los emisores.
- Prohibición de la licencia de construcción si los índices de inmisión inclumpen los objetivos de calidad acústica de ese área.
- Creación de “reservas de sonidos de origen natural” para preservar o mejorar sus áreas acústicas.

En Pamplona durante el año 1997 se elaboró por segunda vez, un mapa acústico diurno, con la misma metodología que el anterior realizado en 1987. Se establecieron 162 estaciones de medida regularmente espaciadas. En cada estación se tomaron 4 registros de 15 minutos cada uno distribuidos en los cuatro períodos en que se dividió cada día y se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- El tráfico rodado es la principal fuente de ruido en la ciudad.
- Ha disminuido el ruido ambiental respecto a 1987. Se ha reducido en 1,2 dB el valor medio de 65 dBA, lo que supone que a nivel energético la contaminación acústica ha descendido un 24%. Esta disminución se atribuye a la apertura de las rondas de circunvalación, que produjo una gran disminución del tráfico pesado por el centro de la ciudad y a la modernización del parque

automovilístico, con notables reducciones en la emisión acústica individual de los vehículos.

- El porcentaje de estaciones donde el Leq (nivel continuo equivalente) supera los 65 dBA ha pasado de un 62% en 1987 a un 51% en 1997 y el de medidas que superan los 65 dBA de un 61 a un 49%.
- A nivel de barrios destaca la disminución de contaminación por ruidos del primer Ensanche. También es notable la disminución de Chantrea, Casco Viejo, San Juan y Segundo Ensanche. Por el contrario la contaminación ha aumentado ligeramente en Ermitagaña, Milagrosa y Arrosadía-Azpilagaña.
- Las zonas con mayor contaminación acústica de la ciudad son Arrosadía-Azpilagaña, Primer Ensanche y Rochapea.
- La contaminación en las principales poblaciones limítrofes es en general inferior a la de Pamplona, destacando la reducida contaminación acústica de Mendillorri, y en menor medida la de Barañain. La de Burlada es ligeramente inferior a la de Pamplona.

Una actuación específica contra el ruido de motocicletas en concreto, ha sido llevada a cabo por el Ayuntamiento de Pamplona habiéndose iniciado en el año 2000 en colaboración con la Escuela Sanitaria de Formación Profesional. Ese año se estimó mediante un trabajo de campo en un 23% las motocicletas que circulaban en la ciudad con el sistema de escape en mal estado (emisión de mas de 90 dBA). Se ha repetido periódicamente la estimación y ha descendido a un 10,6% en los años 2002 y 2003. En el año 2002 se puso en marcha un protocolo en policía municipal para sancionar e inmovilizar las mismas en base a la ley de tráfico.

## **RIESGOS LABORALES**

### **ASPECTOS GENERALES Y CULTURA PREVENTIVA EN LAS EMPRESAS**

A partir de 1995 se ha desarrollado un amplio marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales con un nuevo enfoque, pero se encuentran déficits en su aplicación práctica. Según las “encuestas de condiciones de trabajo” la situación va mejorando relativamente, pero persisten importantes lagunas. Ya se encuentran menos casos de incumplimientos “formales” en las políticas preventivas de las empresas, pero falla la aplicación real. La cultura preventiva aún está lejos de ser algo habitual en



las empresas. Existe una importante cobertura teórica en materia de información y formación en estos aspectos, pero falta por alcanzar su adecuación y suficiencia respecto a los riesgos reales del puesto de trabajo.

No se han realizado encuestas sobre estos aspectos ni se tienen datos comparables de un año a otro, pues en las distintas campañas anuales para la selección de las empresas a las que se hizo seguimiento pormenorizado se han utilizado principalmente criterios de alta siniestralidad ocurrida el año anterior o la presencia de riesgos de especial entidad. A modo de ejemplo, se van a citar los datos obtenidos de las visitas efectuadas el año 2003 a 385 empresas incluidas en el Programa Diana, por alta accidentalidad

Cada vez son menos las empresas que no disponen de alguna de las modalidades organizativas de la prevención previstas en la normativa, tanto con medios propios como concertados. El 92% de las empresas citadas tenían formalmente constituida alguna modalidad. Sin embargo, la cobertura real de las actividades preventivas no es suficiente respecto a las necesidades de las empresas y se encuentran carencias, siendo muy importantes en cerca del 25% de las empresas. También es escasa la presencia de medios preventivos en cada centro de trabajo concreto.

La integración de la prevención en la estructura organizativa de la empresa es otra tarea pendiente. Y desde luego es escasa la coordinación de actividades empresariales entre las distintas empresas que suelen concurrir simultáneamente en un mismo centro de trabajo, no existiendo en un tercio de las empresas.

Las evaluaciones de riesgos y la planificación de actividades preventivas ya se han realizado en gran parte de las empresas, al menos las iniciales, pero muchas de ellas no están completas, su calidad no es la adecuada y no se revisan oportunamente. En el 78% de dichas empresas se encontraron deficiencias significativas en sus evaluaciones de riesgos, encontrándose las mayores carencias en los riesgos psicosociales (60%), en los ergonómicos (30%) y en los higiénicos (18%). La planificación basada en las evaluaciones realizadas contenía serias deficiencias en más de la mitad de los casos, pero se debe tener en cuenta que dichas evaluaciones no eran completas o adecuadas en más de las tres cuartas partes de las empresas. Las medidas planificadas se habían llevado a cabo en la tercera parte de las empresas visitadas.

Todavía se encuentra un número importante de entidades (25%) en que no se investigan los accidentes ocurridos en las empresas.

Las cifras de daños laborales son importantes y deben tenerse en cuenta como indicadores. Pero los resultados de la prevención de riesgos laborales no se pueden medir atendiendo exclusivamente a la evolución del número de

siniestros laborales y sus índices de incidencia. La seguridad en el trabajo no se reduce a la mayor o menor accidentalidad en un momento dado, sino que responde a la integración de una serie de factores que determinan las condiciones de trabajo, ligadas al propio crecimiento del empleo y a aspectos más bien relacionados con las condiciones de trabajo vinculadas a las características del puesto y al entorno organizativo. Sin embargo, en teoría es posible que disminuya la peligrosidad del trabajo y aumente el número de accidentes, por el juego de los otros factores señalados. Esto explicaría que en momentos de intenso crecimiento del empleo no sólo aumente el volumen de los accidentes de trabajo, sino también el índice de incidencia por cada 1.000 trabajadores expuestos (Memoria de 1999 del Consejo Económico y Social de España).

En los accidentes laborales, al igual que en el resto de daños derivados del trabajo, existe una multicausalidad, con un conjunto de factores combinados de gran complejidad que dificultan las actuaciones preventivas y correctoras.

En la última década han ido apareciendo o han incrementado su presencia diversos factores que influyen, en cierta medida, en la siniestralidad laboral:

- Temporalidad.
- Gran rotación que se da en muchas contrataciones.
- Rotación de puestos y de riesgos (también se encuentra en los trabajadores fijos).
- Plurifuncionalidad de los empleados.
- Empresas de trabajo temporal.
- Diversas empresas en un mismo centro de trabajo y una difícil coordinación.
- Contratas y subcontratas.
- Trabajadores inmigrantes.
- Atomización empresarial, con una proliferación de pequeñas empresas. Suelen caracterizarse por una escasa cultura preventiva, la costumbre de subcontratar, la visión a corto plazo, los criterios exclusivamente economicistas y las tendencias hacia el formalismo y la burocratización.
- Falta de formación preventiva en empresarios y trabajadores.

También influyen en la siniestralidad laboral condicionantes de ámbito más general. El número de accidentes de trabajo y sus índices en un país dependen del empleo, de la carga de trabajo y de la peligrosidad del mismo. La evolución de la carga de trabajo puede estimarse a partir de la del empleo y ambas, y por tanto también la accidentalidad absoluta y re-

lativa, vienen condicionadas por la evolución cíclica de la economía. Existe una relación entre el índice de incidencia de los siniestros laborales y el ciclo económico, por lo que aquél suele aumentar en épocas de crecimiento intenso y decrecer en los períodos de recesión. Naturalmente esto puede corregirse con una correcta instauración de medidas preventivas, con una adecuada organización del trabajo y con una gestión eficiente de la prevención en la empresa.

Varios de estos factores que influyen en la siniestralidad laboral, así como su evolución, se pueden consultar en el apartado “Población y entorno socioeconómico”.

Tampoco debe olvidarse que las pequeñas y medianas empresas tienen mayores dificultades para la aplicación de la prevención de riesgos laborales. Otro problema se da por la mayor dificultad sindical para actuar en las mismas. Las organizaciones empresariales también tienen una escasa capacidad de influencia real sobre el pequeño empresario. Sin embargo, en Navarra, al igual que en el resto de España, las pymes suponen la mayoría de las empresas y emplean a la mayor parte de los trabajadores.

## RIESGOS ESPECÍFICOS

Los riesgos laborales se suelen clasificar en riesgos:

- De seguridad.
- Higiénicos (físicos, químicos y biológicos).
- Ergonómicos.
- Psicosociales.

Han sido hitos importantes la puesta en marcha, por parte del Instituto Navarro de Salud Laboral, de un sistema de recogida de información y sobre todo su redefinición a partir de 1996. Esto ha permitido pasar de tener, al principio de la década de los noventa, datos objetivos de exposición apenas sobre radiaciones ionizantes, amianto y plomo, a contar actualmente con una información mucho más amplia sobre riesgos ergonómicos y psicosociales así como de los distintos tipos de riesgos higiénicos (físicos, químicos y biológicos). En 2003 se habían clasificado más de 168.000 puestos de exposición; se debe tener en cuenta que un mismo trabajador puede estar expuesto a diversos riesgos, y se había hecho vigilancia sanitaria específica en más del 77% de los casos (Tabla 26).

Los **factores ergonómicos y psicosociales** declarados con más frecuencia son: la manipulación manual de cargas; los factores organizacionales, que ocupan el primer lugar en las empresas con servicios de pre-

vención propios pero su número declarado es muy bajo en las que lo tienen concertado; las posturas forzadas; las pantallas de visualización de datos; los movimientos repetidos; los sobreesfuerzos de voz, sobre todo en servicios propios y muy ligados a la enseñanza; y la nocturnidad. En 2003 se declararon para cada factor más de 5.000 exposiciones en Navarra, superando los 25.000 en la manipulación de cargas.

Entre los **agentes físicos** notificados destacan el ruido con más de 21.000 trabajadores expuestos y las exposiciones a temperaturas extremas con alrededor de 4.000.

**Tabla 26.** Situaciones de exposición a riesgo y reconocimientos específicos por grupo de riesgo y sector de actividad (navarra 2003).

	Ergonómicos		Físicos		Químicos		Biológicos		TOTAL	
	E.	R.	E.	R.	E.	R.	E.	R.	E.	R.
Agricultura	732	606	251	219	252	192	316	273	1.551	1.290
Industria	43.492	31.591	18.029	14.156	11.854	8.950	2.701	2.103	76.076	56.800
Construcción	11.488	10.379	5.439	5.183	4.314	4.190	800	695	22.041	20.447
Servicios	41.250	25.213	4.114	3.527	6.680	5.445	16.333	17.766	68.377	51.951
TOTAL	96.962	67.789	27.833	23.085	23.100	18.777	20.150	20.837	168.045	130.488

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral.

E= Expuestos, R= Reconocimientos.

Dentro de los agentes de riesgo biológicos el más declarado es el tétanos, con más de 4.000 expuestos. Esta cifra debe matizarse, pues en la gran mayoría son trabajadores con riesgo de sufrir heridas y lo único que se realiza en muchos casos es la vacunación. El resto de agentes están circunscritos especialmente a las actividades sanitarias.

Respecto a **los riesgos químicos** se declara una gran variedad de productos y sustancias, aunque en muchos casos de forma agrupada y sin identificar concretamente el agente implicado, ocupando el primer lugar los humos, polvos y fibras minerales no especificadas, cerca de 2.500 trabajadores expuestos y a los humos de soldadura algo menos de 2.500.

Entre los **riesgos de seguridad** se citaban tradicionalmente diversos elementos relacionados con los accidentes de trabajo (herramientas, máquinas, materiales, alturas, productos químicos, vehículos y otros similares). Pero éstos no pueden considerarse la causa única del accidente, apenas son un elemento que ha desencadenado el siniestro en un ambiente de riesgo. Existe un árbol de causas, una multicausalidad. Según el Programa INVAC del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo,

en su causalidad se suele dar la presencia de cinco factores, normalmente combinados, que explican el 70% de los accidentes. Los dos primeros, presentes ambos en todos los accidentes investigados, corresponden a un componente “social y organizativo” y a otro componente “organización de la prevención”. Un tercer componente “técnico” incide de manera especial en la siniestralidad de la industria. El cuarto está relacionado con el “espacio y superficie de trabajo” y se encuentra principalmente en los accidentes agrarios y en la construcción. El quinto factor, constituido por la presencia de “agentes biológicos y seres vivos”, se da con especial frecuencia en los siniestros agrarios.

En las investigaciones sobre accidentes graves y mortales realizadas en 2001 por el Instituto Navarro de Salud Laboral, se observa una combinación de causas que en muchas ocasiones se encuentran de forma simultánea en el mismo accidente. En las tres cuartas partes de los casos están presentes factores relativos a la organización del trabajo y a la prevención de accidentes y en los dos tercios se encuentran factores individuales. Sin embargo los factores relativos a los materiales solo se dan en el 5% (Tabla 27).

**Tabla 27.** Factores causales en los accidentes de trabajo graves y mortales. Navarra 2001.

FACTORES	Presencia en los accidentes (%)
Relativos a instalaciones, máquinas, herramientas y equipos.	44,7%
Relativos a los materiales	5,7%
Relativos al ambiente y al lugar de trabajo	25,2%
Relativos a la organización del trabajo y a la prevención	74,0%
Individuales (Accidentado y/o terceros)	64,2%

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral. Elaboración propia.

Otro aspecto a considerar se deriva de los factores de **riesgo percibidos**, obtenidos fundamentalmente de la Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo de 1997. Los factores de riesgo ergonómicos y psicosociales destacan por su presencia en todas las actividades productivas. La condición de trabajo percibida como más molesta es la postura. Se encontraron tres grandes grupos poblacionales considerando la percepción de sus condiciones de trabajo: el que vive malas condiciones generales (cerca del 13% de los trabajadores), el que centra sus molestias en factores psicosociales (más del 15 %) y el grupo mayoritario (72%) que percibe

bajas molestias, refiriendo únicamente la inestabilidad en el empleo. La mujer trabajadora soporta el peso de una doble jornada, derivada de su propio trabajo y de la mayor parte de la carga doméstica.

Se disponía de escasos datos sobre exposición a cancerígenos ocupacionales, exceptuando los referidos a radiaciones ionizantes y amianto. Como se ha comentado anteriormente esto ha empezado a cambiar en los últimos años con la redefinición por parte del Instituto Navarro de Salud Laboral del “Conjunto mínimo de datos de vigilancia de la salud en los servicios de prevención de Navarra”, especialmente a partir del año 2001. Esto permite tener una mayor información sobre diversos riesgos laborales, entre ellos los cancerígenos (Tabla 28). No obstante estamos hablando de datos de exposición declarados, con trabajadores multiexpuestos, sin especificar intensidades y sin que por el momento se puedan evaluar los efectos directos.

**Tabla 28.** Notificación de trabajadores expuestos a cancerígenos laborales. Navarra 2003.

Amianto	695
Maderas y polvo de madera	662
Compuestos de Cromo hexavalente	632
Radiaciones ionizantes	540
Compuestos de Niquel	69
Gasóleos y alquitranes	56
Anilinas y chlordimerform	56
Epiclorhidrina, Dicloroetano y Cloruro de Alilo	23
Sílice	16
Compuestos de Cobre	8
Benceno	7
TOTAL	2.764

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral. Elaboración propia.

No se dispone de datos comparativos con el resto de Comunidades Autónomas, ya que el Ministerio de Sanidad y Consumo aún no ha puesto en marcha el “Sistema de Información en Salud Laboral” (SISAL).

Un aspecto emergente a tener en cuenta es el de las conductas violentas en el trabajo. Esta problemática ha aflorado con relativa fuerza en los últimos años. Estas conductas ya existían con anterioridad pero no se tenían muchos datos sobre ellas bien porque se consideraba que había

otros riesgos prioritarios o porque no se les daba mayor importancia social. De todos modos sí son novedosas conductas más soterradas y subliminales de violencia en el trabajo.

Según la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en 2003, ocupa el primer lugar de estas conductas la violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo, afectando al 1,93% de los trabajadores, siendo algo más señalada en hombres y en mayores de 34 años. La cometida por personas pertenecientes a su lugar de trabajo es sufrida por el 0,55%. El acoso sexual afecta al 0,36% de los trabajadores, siendo la mayoría de género femenino.

Considerando las discriminaciones laborales se observa que sufren discriminación sexual el 0,73%, generalmente mujeres. La discriminación por edad alcanza al 0,57%, siendo más elevado en el grupo de trabajadores entre 18 y 24 años. Otras discriminaciones alcanzan cifras inferiores como en las debidas a minusvalía (0,31%), nacionalidad (0,15%), raza o etnia (0,15%) u orientación sexual (0,11%).

Dicha Encuesta señala también que en el último año han sufrido acoso psicológico en el trabajo entre el 2,8% y el 4,5% de los trabajadores, según se utilice un criterio más o menos restrictivo. Se da más en mujeres, en menores de 45 años, en trabajadores del sector Servicios, sobre todo de Servicios Sociales, Administración y Banca, y en centros de trabajo con plantillas grandes. Las personas que han ejercido dichas conductas han sido en más de la mitad de los casos compañeros y en cerca del 40%, superiores. Los trabajadores objeto de este acoso presentan una sintomatología de tipo psicossomático significativamente mayor que el resto de trabajadores.

## **SEGURIDAD ALIMENTARIA**

Las recientes crisis alimentarias acaecidas en la Unión Europea, como fue la originada en 1999 en Bélgica con los alimentos contaminados por dioxinas, o la que actualmente se está controlando, originada en el Reino Unido, y que previsiblemente se mantendrá durante años, Encefalopatía Espongiforme Bovina, cuyo conocimiento se remonta a 1985 aunque la alarma social en nuestro país se produjo en el 2001 con la aparición de la primera “vaca loca” en Galicia (en Navarra apareció en el 2002), han oca-

sionado una creciente preocupación entre los consumidores por la seguridad de los alimentos que se ponen a su disposición. Estas crisis han demostrado que:

- Un alimento con riesgo para la salud producido en un lugar concreto puede afectar a los consumidores de cualquier parte del mundo. Es el caso de la crisis acaecida con motivo de la contaminación con dioxinas de alimentos elaborados en Bélgica y distribuidos por todo el mundo.
- La constante evolución en los métodos de producción de los alimentos, pueden conllevar a generar nuevos riesgos con respecto a la salud pública de los consumidores a los que va dirigido. En la actualidad está mundialmente aceptado que el cambio en la tecnología de obtención de piensos a partir de materiales provenientes de rumiantes fue una de las principales causas de la aparición y de la extensión por el mundo de la encefalopatía espongiiforme bovina.
- Las dos grandes crisis mencionadas partieron de piensos contaminados utilizados como alimentos de animales, causando un potencial riesgo de transmisión de sus efectos a los ciudadanos que ingieren alimentos derivados de los mismos. Así pues, la seguridad alimentaria debe ser tratada de forma integral, teniendo en cuenta desde la producción primaria hasta el suministro de los alimentos al consumidor, dado que en cada paso del proceso puede influir en la seguridad del alimento.

Todo ello ha originado que las Autoridades Europeas adopten una serie de medidas encaminadas a la consecución de un mayor grado de seguridad alimentaria y a consolidar la confianza de los consumidores. Estas medidas se aplican a los distintos actores de la cadena alimentaria, destacando dos principios:

- La responsabilidad de la seguridad de los alimentos corresponde a la empresa alimentaria. Por tanto, debe diseñar un sistema seguro de producción y suministro de alimentos basado en los principios de Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico y asegurar el conocimiento del origen de las materias primas que forman parte del alimento elaborado y el destino de estos últimos (trazabilidad), con el fin de posibilitar su retirada del mercado, si es preciso.
- Control oficial de los alimentos. Los estados miembros velarán por el cumplimiento de la legislación alimentaria, con criterios homogéneos y con métodos que incluirán las técnicas de auditoría.



En esta situación de evolución en las medidas de seguridad alimentarias y de control oficial, se han originado diversos programas de actuación que se describen a continuación.

### **REGISTRO GENERAL SANITARIO DE INDUSTRIAS ALIMENTARIAS**

El Registro General Sanitario tiene carácter nacional; es obligatorio estar inscrito en él para ejercer actividades industriales relacionadas con los alimentos. Afecta a todas las actividades, desde la transformación hasta la distribución de los alimentos, pasando por las actividades de importación y de almacenamiento.

La autorización sanitaria de funcionamiento, requisito para la inscripción, conlleva el correspondiente estudio de las actividades que va a ejercer la empresa, su sistema de autocontrol, y la inspección correspondiente de las instalaciones, con el fin de comprobar su adecuación a las exigencias higiénico-sanitarias.

El Registro, también constituye una herramienta esencial para desarrollar las funciones de la inspección, y permite actuar rápidamente en el caso de que haya que retirar del mercado algún producto.

En la industria alimentaria de Navarra durante el año 2003 se realizaron 71 nuevas inscripciones, alcanzando a 31 de diciembre la cifra de 1.751 industrias registradas, habiéndose convalidado 200 de ellas durante ese año.

### **FORMACIÓN DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS**

El Decreto Foral 108/2003, de 12 de mayo, regula en Navarra las condiciones para el ejercicio de actividades de formación de manipuladores de alimentos y el régimen de autorización y registro. Esta disposición adapta la formación de los manipuladores de alimentos a la filosofía comunitaria, según la cual son las propias empresas alimentarias las responsables de la formación de sus trabajadores en los aspectos higiénico-sanitarios.

Esta formación la pueden realizar las propias empresas alimentarias si homologan sus programas de formación o las entidades dedicadas a este fin y que estén autorizadas por las administraciones sanitarias competentes.

En 2003, como consecuencia de la puesta en vigor el citado Decreto Foral, se autorizaron, y se inscribieron en el Registro correspondiente,

14 entidades de formación y 7 empresas alimentarias, que realizaron 229 actividades de formación en las que formaron 8.249 trabajadores.

## CONTROL DE LAS ACTIVIDADES ALIMENTARIAS

Una vez verificada la adecuación de las instalaciones, y establecidas unas prácticas de manipulación y disposición de sistemas de seguridad alimentaria (autocontroles) correctos, se hace necesario comprobar periódicamente que se mantienen y se aplican adecuadamente. Esta tarea inspectora es realizada por el Departamento de Salud, en concreto por los servicios de inspección alimentaria del Instituto de Salud Pública y por los servicios municipales respectivos en los ámbitos territoriales de los municipios de Pamplona y Tudela mediante el control de los establecimientos alimentarios y el control analítico de los alimentos.

### Control de establecimientos alimentarios

- Mataderos. En 2003, en los 33 mataderos existentes en Navarra se inspeccionó el sacrificio de 1.057.305 animales de especies mayores, 23.845.281 aves y 2.794.123 conejos (Tabla 29).
- Encefalopatías espongiformes transmisibles. Desde el año 2001 se retiran en los mataderos los llamados materiales especificados de riesgo (MER). Son tejidos de rumiantes en los que, de sufrir el animal la enfermedad, se encuentra el “prión”, causante de la misma.
- De manera sistemática desde el año 2002, se analizan muestras de cerebro de los animales bovinos mayores de 24 meses que se sacrifican para el consumo humano. En 2002, (Tabla 30) se tomaron 6.498 muestras de la **especie bovina** dando 3 de ellos positivos (un animal positivo venía de Cantabria). En 2003, se tomaron 6.796 muestras y se encontraron 2 casos positivos.
- De la **especie ovina y caprina** en muestras tomadas en mataderos, se han realizado 2.685 test de detección del prión causante del Scrapie (encefalopatía espongiforme propia de las especies ovina y caprina), siendo todos ellos negativos. En el año 2002 se detectaron 3 casos positivos, los tres de la misma explotación ganadera; 1 en 2001 y 2 en 2000.
- Una visión más amplia de este problema se puede encontrar en el apartado de zoonosis.

- Festejos taurinos. En Navarra hay tres mataderos autorizados para faenar los animales lidiados y sacrificados en festejos taurinos. En 2003 se asistió, como inspección veterinaria de salud pública, a 72 festejos taurinos en Navarra.
- Jabalíes y sacrificio domiciliario. En 2003, se realizó el análisis triquinoscópico a 3.506 jabalíes cazados y a 2.497 cerdos sacrificados. Se encontraron 2 jabalíes con triquina.
- Resto de industrias alimentarias. En 2003 se han realizado 15.174 visitas a 6.477 establecimientos alimentarios, incluyendo las visitas a aquellos establecimientos que están sujetos a Registro Sanitario de Industrias Alimentarias y a los comercios minoristas y de servicios situados a lo largo de toda la geografía.

Las visitas a establecimientos industriales en el año 2003 han sido 1.513, el 43,8% del total de visitas, siendo el resto realizadas a establecimientos de venta o consumo. El promedio de visitas por establecimiento es muy superior en las industrias (4,4 visitas al año) que las realizadas a establecimientos minoristas o de consumo (1,7 visitas) (Anexo tablas 1 y 2).

**Tabla 29.** Sacrificios y decomisos. Año 2003.

	<b>Bovino</b>	<b>Ovino/ caprino</b>	<b>Porcino</b>	<b>Equino</b>	<b>Aves</b>	<b>Conejos</b>
Sacrificados	36.032	541.686	479.189	398	23.845.281	2.794.123
Decomisos totales	69	1.461	1.170	0	348.580	17.733
Decomisos parciales	3.826	78.710	93.345	154	981	41.018

Fuente: Instituto de Salud Pública. Sección de Inspección de Salud Pública, e Higiene Alimentaria.

**Tabla 30.** Realización de análisis príónicos de encefalopatía espongiforme bovina. Navarra 2002.

	<b>Test</b>	<b>Positivo</b>
Sacrificados en mataderos	6.498	3*
Muertos en explotación	2.302	3
Bovinos lidiados	421	0
Animales sacrificados por prevención	46	0
Total	9.266	5

\*Un animal positivo procede de Cantabria.

Fuente: Departamento de Agricultura, Ganadería y alimentación.

Por tipos de industrias, la mayor actividad inspectora se centra en las consideradas de mayor riesgo sanitario, habiéndose realizado un promedio de 10,6 visitas por establecimiento en el sector cárnico, (47% del total de las visitas industrias alimentarias), 12,5 visitas en el de productos de la pesca, 7,2 visitas en el de platos preparados y 6,4 visitas en cocinas centrales (Anexo tabla 1).

En cuanto a los comercios minoristas o de consumo, los sectores en los que más se incidió fueron los mercadillos, carnicerías-salchicherías, y pescaderías con 7,8, 4,5 y 4,0 visitas por establecimiento respectivamente (Anexo tabla 2).

Como resultado de esta actividad inspectora, en el mismo año 2003, se hicieron 13 apercibimientos a otros tantos centros y se incoaron 3 expedientes sancionadores. En 2004, se hicieron 72 apercibimientos y 4 expedientes

Los servicios de sanidad del Ayuntamiento de Pamplona han realizado en el año 2003, 3.700 visitas a 1.814 establecimientos alimentarios (Anexo tabla 3). Como resultado de las mismas se han producido 91 sanciones y 66 requerimientos de advertencia (Anexo tabla 4). El Ayuntamiento de Tudela ha realizado 488 visitas en este caso en el año 2004, imponiéndose una única sanción en un comercio minorista (Anexo tabla 5).

## CONTROL ANALÍTICO DE LOS ALIMENTOS

**Plan anual de control.** Anualmente se programan las muestras a tomar, en función de las incidencias detectadas el año anterior, de la importancia del sector dentro de la industria alimentaria y de otros factores. En 2003 se tomaron un total de 1.036 muestras para el control microbiológico, de aditivos, y de contaminantes, suponiendo los productos cárnicos el 34,9% del total de las muestras, la leche y productos lácteos el 21,1%, las conservas vegetales el 14,5% y los platos preparados el 11,6% (principales industrias de nuestra comunidad). (Anexo tabla 6).

La mayoría de las incidencias detectadas son de escasa entidad en salud pública. Así, el elevado número de incidencias (51,7% de las muestras) detectadas en el sector de pastelería se debe, principalmente, a la presencia elevada de levaduras.

Otro sector con elevado porcentaje de incidencias es el de productos de la pesca (47,7%). Sus causas se deben a recuentos elevados de aerobios mesófilos y enterobacterias en salmón ahumado y al contenido excesivo de metabisulfito en gambas.

En platos preparados, las principales incidencias se deben a recuentos elevados de microorganismos. Cabe destacar la presencia de *Listeria monocytógenes* en 3 muestras y de Salmonella en otras 3 sobre un total de 120 muestras.

En leche y productos lácteos la incidencia principal se debió a la presencia de *Listeria monocytógenes* en la producción de queso curado de oveja de un único punto de producción que provocó la realización en la misma de muchas determinaciones analíticas.

En los productos cárnicos las principales incidencias se deben a recuentos elevados de microorganismos (aerobios y anaerobios mesófilos y enterobacterias, principalmente). También cabe reseñar la presencia de *Listeria monocytógenes* en 9 muestras y Salmonella en 3 en un total de 362 muestras. En huevos y ovoproductos de 11 muestras tomadas, se detectaron 2 con incidencias debido al elevado recuento de aerobios mesófilos. En conservas vegetales, en las 154 muestras que se tomaron se encontraron 19 incidencias, de las cuales, 18 se debieron a la presencia de microorganismos, no obstante las conservas se consideraron correctas por cuanto resultaron estables. La otra incidencia se debió a un nivel excesivo de sulfuroso en conserva de champiñón.

Se está incidiendo en la detección de microorganismos potencialmente generadores de enfermedades emergentes como Listeria, así como en la investigación de los aditivos usados en el ámbito alimentario.

**El Plan Nacional de Investigación de Residuos (P.N.I.R.)** tiene por objeto detectar, principalmente, la administración de sustancias prohibidas a los animales y comprobar que los residuos de los medicamentos veterinarios autorizados no superan los límites máximos permitidos en los productos alimenticios de origen animal. También se controla la presencia de ciertos contaminantes como metales pesados, PCBs y aflatoxinas.

Las muestras para su control se toman en las explotaciones, en los mataderos y en otros establecimientos alimentarios, por lo que se realiza conjuntamente entre los Departamentos de Salud y de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

En 2003 se tomaron por parte del Instituto de Salud Pública 1.480 muestras aleatorias a las que se le realizaron 4.459 determinaciones, y por parte del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación 481 muestras a las que se le realizaron 1.359 determinaciones. De todas ellas, solo resultaron positivas 2 muestras de pienso por presencia de antibióticos no declarados, y 7 muestras de hígado y riñón de équidos y una de jabalí que superaban el nivel de cadmio establecido aunque en la carne se encontraba a un nivel por debajo de los límites de detección.

## ALERTAS ALIMENTARIAS

El Sistema de Coordinado de Intercambio Rápido de Información es un procedimiento de comunicación con el fin de notificar los riesgos detectados en un punto de la UE en un alimento o pienso a todas las demás administraciones sanitarias de la Unión Europea, con el fin de retirar, de forma rápida y eficiente, el producto implicado del mercado. La alerta alimentaria a nivel europeo que más trascendencia ha tenido en los últimos años ha sido la llamada “crisis de las dioxinas belgas” acaecida en el año 1999. En Navarra se inmovilizaron 246.588 kgs y 169.751 envases de productos alimenticios con algún ingrediente de origen animal, procedentes de Bélgica.

En 2003 se recibió comunicación a través del Sistema de Intercambio de Información, de 589 alertas alimentarias, 21 de las cuales requirieron investigación, de éstas solo una estaba radicada en Navarra y se debió a la presencia de Salmonella en longaniza fresca.

## PREVENCIÓN Y CONTROL DE ZONOSIS

### HIDATIDOSIS

En Navarra las medidas de control y prevención de la hidatidosis comprenden las siguientes actividades:

- Control de la población canina:
  - **Censo canino.** A 31 de diciembre de 2003 había censados en el registro 73.937 perros. No se comunican las bajas por parte de los dueños de los animales lo que dificulta el control de los mismos. Sin embargo, es un instrumento auxiliar muy importante que posibilita poder realizar, con mayor eficacia, el resto de acciones encaminadas a la lucha contra las zoonosis transmisibles por parte de estos animales.
  - **Recogida y captura de perros.** La función principal de esta actividad es controlar las zoonosis transmisibles, aunque también se contribuye a disminuir los accidentes provocados por estos animales y a mantener las poblaciones libres de perros abandonados o vagabundos.

En 2003 se recogieron en toda Navarra 2.346 perros. Los ayuntamientos de Pamplona y Tudela (Tudela y municipios de la

mancomunidad de la Ribera) que cuenta con sus propios servicios recogieron 277 y 432 perros respectivamente. El número de animales que se recogen anualmente ha disminuido en los últimos años debido a que cada año hay menos necesidad de este servicio como consecuencia de la mayor eficacia del control de perros vagabundos y abandonados y la mayor concienciación de sus propietarios. Un 51% de los perros recogidos fueron sacrificados y un 28% recolocados (Anexo tabla 7).

- Promoción de la construcción de fosas para el enterramiento de ovinos muertos en explotaciones, cortando de esta forma la cadena de transmisión del parásito a los perros y su posterior paso al hombre, si bien, la prohibición del enterramiento de los cadáveres de rumiantes como medida general de lucha contra la encefalopatía espongiiforme transmisible obligó a abandonar esta medida de lucha contra la hidatidosis
- Educación sanitaria. Se envían cartas personalizadas a los propietarios de perros con aptitud de pastor de ganado y de perros de caza y de otras aptitudes que conviven con ellos, registrados en el censo, con información sobre la hidatidosis, su transmisión y prevención, junto con el correspondiente tratamiento antiparasitario. En el 2003 se remitieron 42.884 cartas para un censo canino de 48.683 perros.
- Reducción de la biomasa parasitaria de los perros. A lo largo del año se distribuyeron, junto con las cartas mencionadas anteriormente, pastillas tenicidas (praziquantel) a los propietarios de perros de caza, pastor y a los convivientes con ellos, así como a través de veterinarios tanto clínicos como de Salud Pública, y a los propietarios que lo solicitan. Este suministro es gratuito. En 2003 se suministraron 486.830 pastillas.
- En las zonas de mayor incidencia de hidatidosis humana, se procede a suministrar directamente las pastillas a los perros pastor de ganado. Se tratan los perros cada 45 días. En el año 2003 se trataron de esta forma 1.278 perros con un número total de 10.224 tratamientos y 255.670 pastillas administradas.
- Control de la hidatidosis ovina: hasta el año 1999 se han realizado campañas de inspección en ovejas mayores de 5 años con periodicidad anual. Sus resultados muestran un descenso de la tasa de infección, más marcado en los dos últimos años, hasta alcanzar una tasa de enfermedad de 159,1 por 1.000 (Tabla 31).

**Tabla 31.** Evolución de los indicadores de incidencia de diferentes zoonosis. Navarra 1994-2003.

		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Tuberculosis bovina <sup>1</sup>	Nº animales analizados	75.694	81.091	85.725	89.224	90.407	93.544	84.731	92.676	92.338	87.471
	Nº casos +	348	316	343	741	533	842	635	482	397	376
	Tasa ‰	4,6	3,9	4,0	8,3	5,9	9,0	7,5	5,2	4,3	4,3
Brucelosis bovina <sup>2</sup>	Nº animales analizados	75.694	81.091	85.725	89.224	90.407	91.218	82.928	83.910	80.991	80.728
	Nº casos +	113	65	154	214	289	182	989	839	24	24
	Tasa ‰	1,5	0,8	1,8	2,4	3,2	2,0	1,1	1,0	0,3	0,3
Brucelosis ovino-caprina <i>B. melitensis</i> <sup>3</sup>	Nº animales analizados	143.665	158.690	302.118	385.864	429.155	404.265	352.557	305.705	328.957	261.023
	Nº casos +	1.437	706	1.612	2.434	2.247	1.181	712	296	332	28
	Tasa ‰	10,0	4,4	5,3	6,3	5,2	2,8	2,0	1,0	1,0	0,1
Brucelosis ovino-caprina <i>B. ovis</i> <sup>4</sup>	Nº animales analizados	8.911	9.215	11.321	12.562	13.257	14.147	13.036	12.880	15.170	14.400
	Nº casos +	454	467	586	556	488	491	598	543	613	504
	Tasa ‰	50,9	50,7	51,8	44,3	36,8	34,7	46,0	42,0	40,4	35,0
Hidatidosis ovina <sup>5</sup>	Nº animales analizados	1.387	638	346	468	542	6.286				
	Nº casos +	431	229	115	143	111	1000				
	Tasa ‰	310,7	358,9	332,4	305,5	204,8	159,1				

<sup>1</sup> Se analizan todos los animales machos y hembras mayores de 6 semanas.

<sup>2</sup> Se analizan todos los animales machos y hembras mayores de 12 meses.

<sup>3</sup> Se analizan todas las ovejas y cabras machos y hembras mayores de 6 meses.

<sup>4</sup> Se analizan todas las ovejas macho mayores de 6 meses.

<sup>5</sup> Se analizan todas las ovejas mayores de 5 años sacrificadas en matadero procedentes de Navarra y de fuera de Navarra.

Fuente: Instituto de Salud Pública. Sección de Inspección de Salud Pública, e Higiene Alimentaria.

## RABIA

En Navarra, la vacunación de los perros es obligatoria cada dos años, desde 1993.

En 2003 recibieron su primera vacunación antirrábica 10.039 perros, y se revacunaron 11.579.

El número de perros sometidos a observación sanitaria por mordedura a personas, durante 2003, fue de 212.

## ENCEFALOPATÍA ESPONGIFORME TRANSMISIBLE (EET)

A finales del año 2000, la comisión Europea primero y el Gobierno de Navarra después, tomaron las primeras medidas urgentes en relación con la prevención de la encefalopatía espongiforme bovina en el ganado



bovino. Dos años después, el decreto foral 7/2002 establece las medidas preventivas más recientes.

- Se fija en 24 meses (con anterioridad eran 30) la edad de los animales bovinos que si se sacrifican para el consumo humano hay que hacer análisis obligatorio de muestras de cerebro
- Se deroga la prohibición establecida en 2001 de destinar al consumo humano las reses de lidia sacrificadas en los festejos taurinos ya que todas las pruebas realizadas habían demostrado la ausencia de EEB en las reses de lidia.
- Se prohíbe definitivamente el enterramiento de los cadáveres de los animales bovinos muertos en las explotaciones ganaderas, una vez que se ha hecho factible, de modo ordinario, su destrucción en la industria de transformación de materiales especificados de riesgo autorizada por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.
- Se centraliza el sacrificio de los animales en los mataderos autorizados. Se amplía su competencia para la realización de analíticas a piensos de bovinos. Actualmente hay dos mataderos autorizados para el sacrificio de estos animales
- Se amplía el objetivo de las medidas urgentes relacionadas con la encefalopatía espongiiforme bovina a las encefalopatías espongiiformes transmisibles de bovinos, ovinos y caprinos, en consonancia con la normativa comunitaria

En cumplimiento de esta normativa, la Administración Sanitaria, en concreto el Instituto de Salud Pública, realiza desde el año 2001 actividades de inspección y control de mataderos a donde llegan para sacrificio los animales que pueden sufrir esta enfermedad. En el apartado 'Control de establecimientos alimentarios' del bloque 'Seguridad alimentaria' de este mismo capítulo se hace una relación de las mismas.

El Departamento de Agricultura también participa y realiza sus propias acciones de control de la enfermedad:

- Análisis de animales: En el año 2002 se hicieron 2.302 análisis priónicos en animales muertos en explotación.
- Retirada y destrucción de animales muertos o no destinados al consumo humano: en 2002, se retiraron 6.354 animales de explotaciones.
- Sacrificio de animales por EEB e indemnizaciones a ganaderos. Se sacrificaron 49 bovinos como consecuencia de la detección de EEB en la explotación.

- Control y retirada en su caso de piensos animales. Se realizaron 88 inspecciones de fábricas de piensos destinados a alimentación animal y 122 de explotaciones ganaderas. Todas las muestras analizadas fueron negativas.

## **TUBERCULOSIS Y BRUCELOSIS**

Se realizan campañas anuales de saneamiento de ganado de brucelosis bovina y ovino-caprina y de tuberculosis bovina conociéndose la evolución de la tasa de incidencia de la enfermedad en los últimos años (Tabla 31).

La tendencia de todos los tipos de brucelosis en los últimos 10 años es descendente, sobre todo en los tres últimos. La tuberculosis bovina se mantiene estable con algunas fluctuaciones, en torno a una tasa de incidencia de enfermedad de 4 ‰.

## **INDICADORES Y PROGRAMAS INTEGRALES**

### **LA HUELLA ECOLÓGICA**

La huella ecológica es un indicador del impacto de una sociedad sobre el medio ambiente. Indica la superficie de tierra que es necesaria durante un año para producir los recursos utilizados y para absorber los residuos generados por una población determinada. Se expresa en unidades de superficie.

Se ha calculado en dos ocasiones la huella ecológica de los habitantes de Navarra, en el año 2001 con un resultado de 3,47 hectáreas/habitante y en el 2004 con el resultado de 3,08. La huella ecológica total de Navarra, equivale a 1,65 veces su territorio.

La relación entre la huella ecológica de una zona y su superficie biológicamente productiva, conocida como la capacidad de carga, es el déficit ecológico. Cuanto mayor es la diferencia entre huella ecológica y la capacidad de carga de una región, mayor es su déficit ecológico e indica que es una región no autosuficiente e insostenible.

El déficit ecológico es un indicador de la dependencia de una región respecto a otras del planeta y de un uso insostenible de recursos y producción de residuos que hipoteca la calidad de vida de las generaciones futuras. En Navarra en 1998 era 1,32 hectáreas/habitante/año.

La huella ecológica de los residentes en Navarra, además de superar la capacidad de carga de Navarra, está por encima de la media mundial

situada en el 2,28 y del valor 1,9 considerado el límite biológico que indicaría un nivel de desarrollo sostenible, nivel que ha sido ampliamente superado por los “países desarrollados”.

En la Comunidad Autónoma Vasca en 2004, la huella es 4,66 hectáreas/habitante. En España la huella ecológica y el déficit son respectivamente 4,66 y 2,86 hectáreas/habitante, 9,70 y 4,40 en Estados Unidos y 1,34 y -1,19 en Colombia (Tabla 32)

**Tabla 32.** Huella ecológica y déficit ecológico.

	Huella ecológica	Déficit ecológico
Navarra	3,08	1,32
C.A. País Vasco	4,66	2,76
España	4,66	2,86
Alemania	4,71	2,96
Irlanda	5,33	-0,81
Canadá	8,80	5,40
Estados Unidos	9,70	4,40
Colombia	1,34	-1,19
Perú	1,15	-4,60
Argentina	3,03	-3,60
Egipto	1,49	0,71
Senegal	1,31	-0,20

Fuente: Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda. Sección de Medio Ambiente Urbano.

En 1998, en Navarra la huella ecológica era de 3,47 hectáreas/habitante, la mejora experimentada hasta llegar al 3,08 actual se atribuye a:

- Incremento de las energías renovables
- Incremento de la masa forestal
- Menor huella asociada a productos forestales porque parte de la madera consumida se trajo de fuera de Navarra.

### **DESARROLLO SOSTENIBLE, AGENDAS Y PROYECTO DE CIUDADES SALUDABLES**

Llegar al déficit ecológico cero en que la capacidad de carga se iguale a la huella significa vivir de un modo sostenible, procurar un modo de desarrollo sostenible.

La Agenda 21 es una estrategia mundial de desarrollo sostenible para trabajar propuestas que hagan posible el desarrollo económico, la

igualdad social y el mantenimiento de los ecosistemas naturales. Es una metodología de trabajo, un Plan de acción ambiental promovido y desarrollado por autoridades locales que supone la realización de una auditoría ambiental municipal, un diagnóstico seguido de un plan de acción.

Tiene su origen en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro en 1992. A partir de esa fecha, se desarrolló la Campaña Europea de Ciudades y Pueblos sostenibles que agrupa a más de 1.200 autoridades locales que trabajan por el desarrollo sostenible de sus municipios. Recientemente, en 2004, ha tenido lugar la cuarta conferencia de Ciudades Europeas Sostenibles que marca los 10 años de la campaña Europea de Pueblos y Ciudades sostenibles, y que ha tenido a la OMS entre las entidades organizadoras. Terminó con la firma de los 10 compromisos de Aalborgplus10 uno de los cuales está expresamente dirigido a la promoción y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos.

El Proyecto de Ciudades saludables es un proyecto creado por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS-Euro, 1987), que se puede considerar la aplicación de los principios y del estilo de trabajo de promoción de salud a nivel local, la aplicación de las metas y estrategias de Salud para todos en el año 2000 y de la carta de Ota- wa para la promoción de salud. Después de dos fases de desarrollo del proyecto, en 1998 se inicia una tercera en la que el compromiso de las ciudades participantes se centra en la adopción y desarrollo de políticas y planes estratégicos a nivel de la ciudad, basados en el documento de la OMS salud para todos en el siglo XXI y en la Agenda 21 Local.

En España el desarrollo de este proyecto, generó la creación de redes autonómicas, una de ellas en Navarra con un importante número de municipios implicados. A partir de 1998, el Gobierno de Navarra, desde el Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda, potencia de manera activa el desarrollo por parte de los municipios de las Agendas Locales 21, de manera que en el año 2004, el 83% de la población de Navarra viva en un municipio que ya tiene o ha iniciado en ese año el establecimiento de la Agenda Local 21. Se subvenciona el 100% la elaboración de las auditorías ambientales que permiten la elaboración de un diagnóstico ambiental y de un plan de acción.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Smith KR, Corvalan CF, Kjellstrom T. How much global ill health is attributable to environmental factors? *Epidemiology* 1999; 10: 573-584.
- Flash Eurobarometer EB123. Perception du développement durable et préoccupations environnementales des européens. Europeans' percep-

tion of sustainable development and environmental concerns. abril de 2002. [Http://www.ingurumena.net](http://www.ingurumena.net)

- Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda. Gobierno de Navarra. Navarra y su huella ecológica. Cd
- OMS. La estrategia de ciudades saludables de la OMS. Historia y situación actual. <http://www.famp.es/racs/otrasinf/cs-oms.htm>
- Plan estratégico de la fase III del programa de Ciudades Saludables de la OMS. [http://www.famp.es/racs/otrasinf/plan\\_estrategico.htm](http://www.famp.es/racs/otrasinf/plan_estrategico.htm)
- [http://www.navarra.es/home\\_es/Navarra/Instituciones/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Medio+Ambiente+Ordenacion+del+Territorio+Vivienda/Organigrama/Estructura+Organica/Medio+Ambiente/Acciones/Medio+Ambiente+Urbano/Agenda+Local+21.htm](http://www.navarra.es/home_es/Navarra/Instituciones/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Medio+Ambiente+Ordenacion+del+Territorio+Vivienda/Organigrama/Estructura+Organica/Medio+Ambiente/Acciones/Medio+Ambiente+Urbano/Agenda+Local+21.htm)
- Artieda L, Gallo M, García V, Layana E, Cipriain C y Lezaun M. Los principales problemas de salud laboral en Navarra, 1994-1996. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 1999; 22: 337-346.
- Artieda L, Layana E, Lezaun M y Cipriain C. Diagnóstico de Salud Laboral en Navarra 1997-1999. Pamplona. Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Salud Laboral. 2001.
- Artieda L et al. Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo. Pamplona. Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Salud Laboral. 1998.
- Instituto Navarro de Salud Laboral. Estadísticas y Documentación. <http://www.cfnavarra.es/insl>. Pamplona. 2004.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Estadísticas. <http://www.mtas.es/insht>



## ANEXO

**Tabla 1.** Actividad inspectora en industrias alimentarias. Año 2003.

Actividad Comercial	Nº Establec.	Visitas	Actas	Nº de visitas por Establecimiento	Actas por Establecimiento
Productos cárnicos	295	3.123	957	10,6	3,2
Industrias cárnicas	78	1.122	327	14,4	4,2
Salas despiece	25	641	126	25,6	5,0
Salazón y curado jamón	46	168	48	3,7	1,0
Carnicería-charcutería	93	456	356	4,9	3,8
Almacén frigorífico	31	617	78	19,9	2,5
Almacén productos	21	99	22	4,7	1,0
Depósitos caza	1	20		20,0	0,0
Huevos y ovoproductos	26	62	41	2,4	1,6
Productos de la pesca	25	312	63	12,5	2,5
Lácteos y derivados	76	262	190	3,4	2,5
Elaboración de queso	62	233	174	3,8	2,8
Otros	14	29	16	2,1	1,1
Grasas	18	102	36	5,7	2,0
Harinas y derivados	261	618	427	2,4	1,6
Obrador panadería	156	338	226	2,2	1,4
Obrador pastelería	86	270	196	3,1	2,3
Fabricación envasado	19	10	5	0,5	0,3
Productos vegetales	198	825	384	4,2	1,9
Fábrica Conservas	96	625	337	6,5	3,5
Congelados	8	52	10	6,5	1,3
Otros	94	148	37	1,6	0,4
Legumbres, cereales y tubérculos	41	29	21	0,7	0,5
Platos preparados	66	472	188	7,2	2,8
Cocinas centrales	11	70	37	6,4	3,4
Helados	18	26	17	1,4	0,9
Aguas y bebidas no alcohólicas	26	27	8	1,0	0,3
Bebidas alcohólicas	214	207	81	1,0	0,4
Almacenes polivalentes	155	436	106	2,8	0,7
Materiales contacto con alimentos	33	11	4	0,3	0,1
Otros	50	64	26	1,3	0,5
TOTALES	1.513	6.646	2.586	4,4	1,7

Fuente: Instituto de Salud Pública.

**Tabla 2.** Actividad inspectora en establecimientos de venta o consumo. Año 2003.

Comercio	Número establecimiento	Visitas	Actas	Visitas por establecimiento	Actas por establecimiento
Minorista general	935	1.667	1.112	1,8	1,2
Mercadillos	62	485	160	7,8	2,6
Carnicería-salchichería	445	1.775	1.273	4,0	2,9
Pescaderías	196	878	198	4,5	1,0
Lecherías	10	10	8	1,0	0,8
Panadería	277	328	227	1,2	0,8
Pastelería	175	194	127	1,1	0,7
Bares	1.838	1.620	1.176	0,9	0,6
Comedores colectivos	976	1.571	1.072	1,6	1,1
TOTALES	4.914	8.528	5.353	1,7	1,1

Fuente: Instituto de Salud Pública.

**Tabla 3.** Actividad inspectora en el sector alimentario en Pamplona año 2003.

Actividad Comercial	Nº establecimiento	Nº Visitas	Nº de visitas por establecimiento	Nº establecimiento con infracciones
Productos cárnicos	168	265	1,6	14
Huevos y ovoproductos	4	7	1,8	0
Productos de la pesca	104	368	3,6	101
Lácteos y derivados	8	16	2	13
Harinas y derivados	196	414	2,1	11
Productos vegetales	119	274	2,3	8
Comercio minorista	214	524	2,4	9
Restauración colectiva	806	1.460	1,8	32
Edulcorantes naturales y derivados	160	317	2,0	4
Platos preparados	6	7	1,2	0
Helados	5	9	1,8	0
Bebidas alcohólicas	23	38	1,7	0
Estimulantes y derivados	1	1	1	0

Fuente: Ayuntamiento de Pamplona. Area de Medio Ambiente y Sanidad



**Tabla 4.** Sanciones y advertencias por problemas en hostelería y alimentación. Pamplona 2003.

	Hostelería	Alimentación	Todos
<b>Tipos de sanción</b>			
<b>Número de sanciones</b>	<b>37</b>	<b>54</b>	<b>91</b>
<b>Causas de sanción:</b>			
Deficiencias en instalaciones y equipos	7	5	12
Deficiencias en manipulación y conservación de los alimentos.	34	48	82
Deficiencias en el personal manipulador	4	3	7
<b>Todas las causas de sanción</b>	<b>45</b>	<b>56</b>	<b>101</b>
<b>Requerimientos y advertencias</b>	<b>16</b>	<b>50</b>	<b>66</b>

Fuente: Ayuntamiento de Pamplona. Area de Medio Ambiente y Sanidad.

**Tabla 5.** Actividad inspectora en el sector alimentario en Tudela. Año 2004.

Actividad comercial	Nº establecimiento existentes	Nº visitas	Nº establecimiento sancionados
Productos cárnicos	60	102	
Huevos y ovoproductos	1	3	
Productos de la pesca	13	13	
Establecimientos eventuales	60	60	
Harinas y derivados	49	36	
Productos vegetales	12	7	
Comercio minorista	68	41	1
Comedores colectiva	27	7	
Restaurantes	56	73	
Bares	169	114	
Edulcorantes naturales y derivados	2	2	
Platos preparados	5	10	
Helados	1	2	
Agricultores	5	8	
Otros	20	10	
<b>TOTALES</b>	<b>548</b>	<b>488</b>	

Fuente: Ayuntamiento de Tudela. Area de Bienestar Social y Sanidad.

**Tabla 6.** Muestras analizadas en el plan de control. Año 2003.

<b>Sector</b>	<b>Muestras recogidas</b>	<b>Con alguna incidencia</b>	<b>% con incidencias</b>
Productos cárnicos	362	82	22,7
Productos de la pesca	65	31	47,7
Leche y productos lácteos	219	70	32,0
Pastelería	87	45	51,7
Huevos y ovoproductos	11	2	18,2
Conservas vegetales	154	19	12,3
Platos preparados	120	47	39,2
Aceites	15	0	0,0
Aguas de bebida envasada	3	0	0,0
<b>TOTALES</b>	<b>1.036</b>	<b>296</b>	<b>28,6</b>

Fuente: Instituto de Salud Pública.

**Tabla 7.** Perros recogidos y destino de los mismos. Navarra 2003.

	<b>Pamplona</b>	<b>Tudela</b>	<b>Resto Navarra</b>
Recogidos y/o capturados	277	432	1.637
Reclamados	144	50	97
Colocados en adopción	41	136	487
Sacrificados	92*	124	976
Muerte natural y desaparecidos		43	77
Otros		79	

Fuente: Instituto de Salud Pública, Ayuntamientos de Pamplona y Tudela.

\* Incluye sacrificados, muertos y desaparecidos.

## ESTILOS DE VIDA

*Isabel Sobejano Tornos\**

Desde los años 70 se acuña el término “determinantes de salud” para referirse a todas las causas, condiciones y circunstancias que determinan la salud. Laframboise y más tarde Lalonde identifican cuatro grandes grupos de determinantes, siendo uno de ellos el de los estilos de vida. El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales (Glosario de promoción de Salud, OMS 1999).

El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Es de vital importancia tanto la gran influencia de los estilos de vida sobre la salud, como el potencial de cambio de dichos estilos de vida. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, de igual modo que no existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como «óptimos» para todo el mundo. La cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones y el ambiente del hogar y el trabajo hacen que algunos modos y condiciones de vida sean más atractivos, factibles y apropiados.

Se va a hacer referencia a los comportamientos que se seleccionan habitualmente por su relevancia en el estado de salud de los individuos y de la colectividad:

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol

---

\* Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud

- Consumo de otras drogas
- Seguridad vial
- Práctica de ejercicio físico
- Alimentación
- Salud sexual. Prostitución
- Violencia:
  - Comportamientos antisociales y delictivos en población joven.
  - Violencia de género
  - Violencia escolar. *Bullying*
  - Violencia sobre personas mayores
  - Violencia en menores

Para cada uno de ellos, se hace en primer lugar, una descripción de la situación de la población de Navarra y siempre que sea posible, de su evolución en los últimos años, y a continuación se describen los esfuerzos que desde el propio sistema de salud y en algún caso desde otros ámbitos, se realizan para la promoción de hábitos de vida saludable.

Finalmente se presentan las actuaciones globales que se llevan a cabo para la promoción de estilos de vida saludables.

## CONSUMO DE TABACO

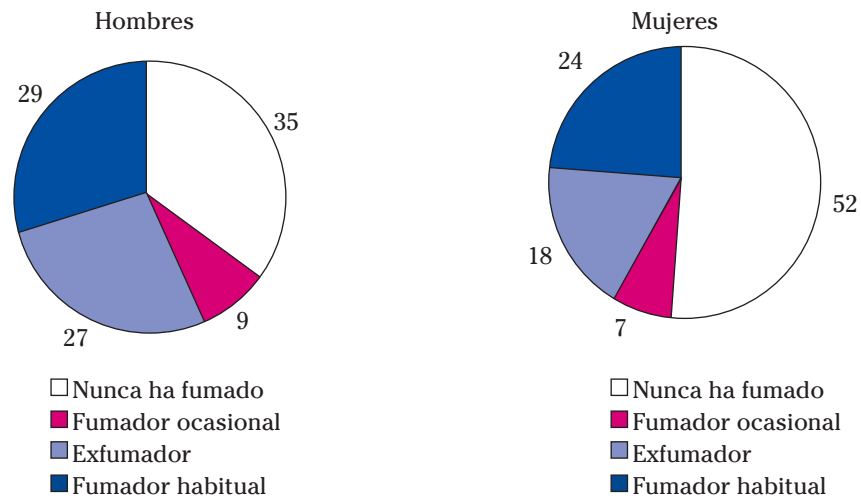
### Situación

En Navarra, en enero de 2003, antes de la entrada en vigor de la Ley Foral 6/2003 de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco, la prevalencia de consumo diario de tabaco era de un 26% en población mayor de 16 años, un 29,3% en hombres y un 23,5% en mujeres ( $p=0,04$ ). Un 27% de los hombres y un 18% de las mujeres eran exfumadores. Nunca habían fumado un 35 y un 52% respectivamente (Fig. 26)

La frecuencia de consumo diario es mayor en hombres que en mujeres excepto en los menores de 45 años en los que se iguala.

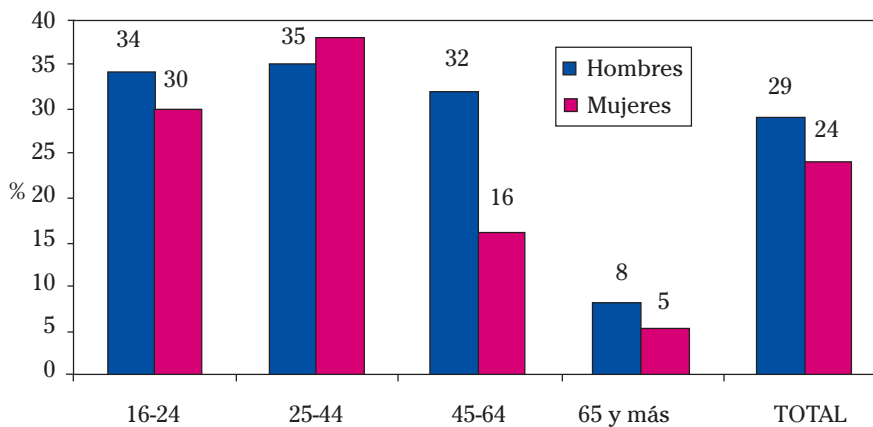
En los hombres, el consumo es independiente de la edad, sólo los más mayores (65 y más años) tienen un consumo más bajo. En mujeres el consumo predomina en las menores de 45 años (Fig. 27).

La edad promedio de inicio al consumo aumenta progresivamente al hacerlo la edad de las personas encuestadas y es más alta en las mujeres. En las generaciones de menos de 44 años, la edad promedio de inicio es de 15 años, igual en hombres y mujeres.



**Figura 26.** Hábito de consumo de tabaco (%). Navarra.

Fuente: Encuesta de Consumo de tabaco. Navarra 2003.



**Figura 27.** Distribución de fumadores diarios por grupos de edad y sexo (%).

Fuente: Encuesta de Consumo de tabaco. Navarra 2003.

Un 41% de los fumadores hizo al menos un comportamiento “positivo” (intento de dejar de fumar, fumar menos o fumar una marca más suave) en el 2002, año anterior a la realización del estudio. Un 35,9 no realizó

ningún cambio en su hábito de consumo. Un 11,6 hizo al menos un comportamiento negativo (fumar más o fumar una marca más fuerte). Un 11,2 mezcló comportamientos positivos y negativos (Tabla 33).

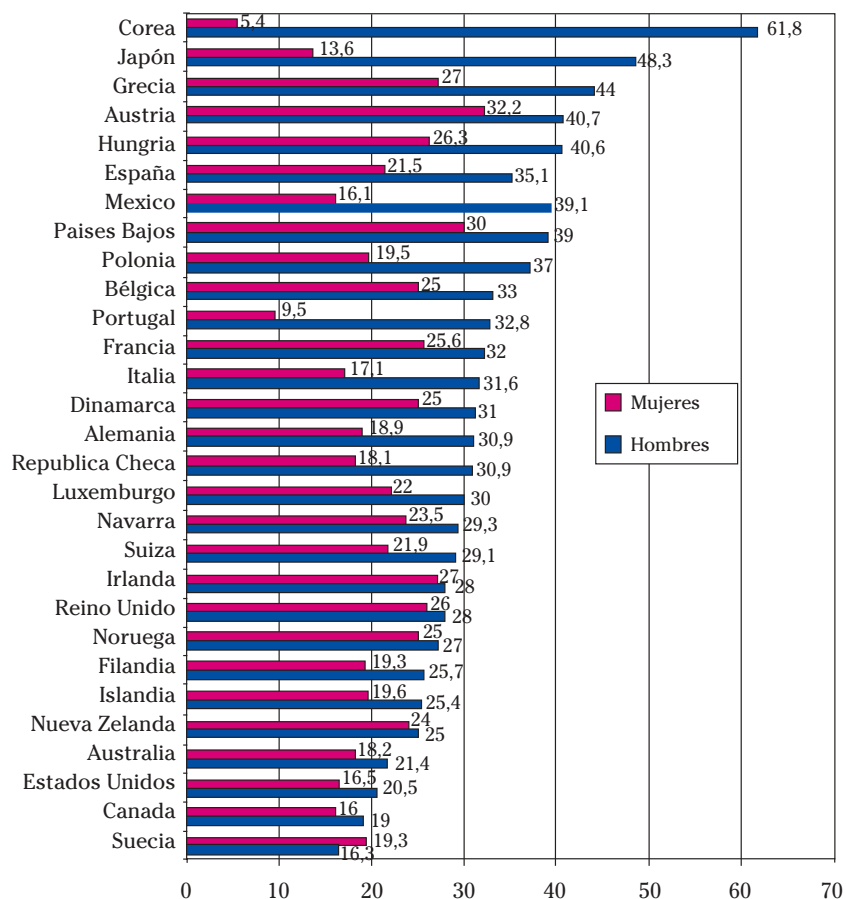
**Tabla 33.** Tendencia del hábito de consumo de los fumadores en los últimos 12 meses. Navarra 2003.

COMPORTAMIENTOS	N	N	%	Total (%)
<b>Comportamientos positivos</b>	112			<b>41,9</b>
Intento de dejar de fumar		17	6,4	
Intento de dejar de fumar + otro comportamiento positivo		33	12,4	
Fumar menos		29	10,9	
Fumar marca más suave		22	8,2	
Fumar menos + Fumar marca más suave		11	4,1	
<b>Comportamientos negativos</b>	31			<b>11,6</b>
Fumar más		22	8,2	
Fumar una marca más fuerte		5	2,0	
Fumar más + Fumar marca más fuerte		4	1,5	
<b>Ningun comportamiento</b>	94	94	35,2	<b>35,2</b>
<b>Comportamientos positivos y negativos</b>	30	30	11,2	<b>11,2</b>
<b>TOTAL</b>	267	267	100	<b>100</b>

Fuente. Encuesta de Consumo de tabaco. Navarra 2003.

La prevalencia de consumo diario de tabaco en hombres está en una posición intermedia baja respecto a los países industrializados, pero todavía lejos de las cifras alcanzadas por los países nórdicos, Estados Unidos y Canadá. En el caso de las mujeres la situación es más desfavorecida. Respecto a España la prevalencia de consumo siempre ha sido más baja en Navarra, sin embargo las cifras provisionales de la Encuesta Nacional de Salud (E.N.S.) 2003, dan una prevalencia en mujeres inferior a la de Navarra (Fig. 28).

Desde el año 1991, la tendencia de consumo en los hombres es de reducción en el hábito con un descenso más acusado en el último periodo. Las mujeres presentan una tendencia claramente estacionaria. Entre los hombres el descenso se refleja en todos los grupos de edad siendo éste significativo en los adultos jóvenes de 25 a 44 años y en los mayores de 65. Las mujeres más jóvenes (16-24 años) han disminuido su consumo, y el grupo de 25 a 44 ha pasado a ser el de mayor consumo, manteniéndose éste estable en los últimos diez años (Fig. 29 y 30).



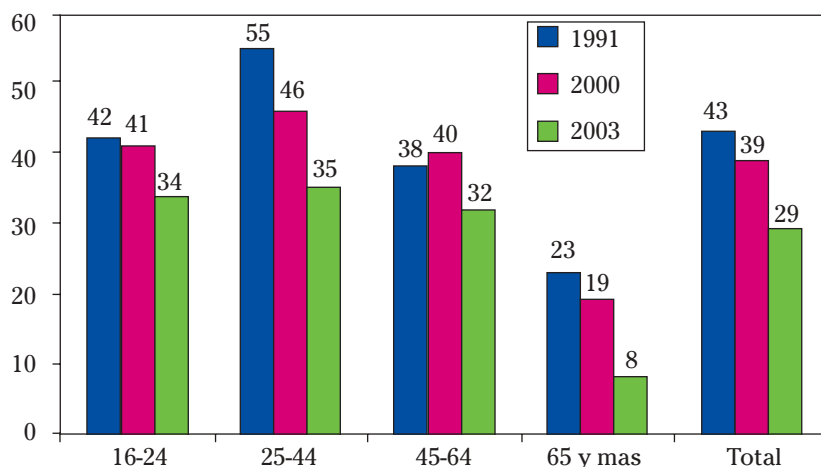
**Figura 28.** Prevalencia de fumadores diarios 2003 (%).

Fuente: Eco-Salud 2004.

Los datos de España son datos provisionales de la ENS. 2003.

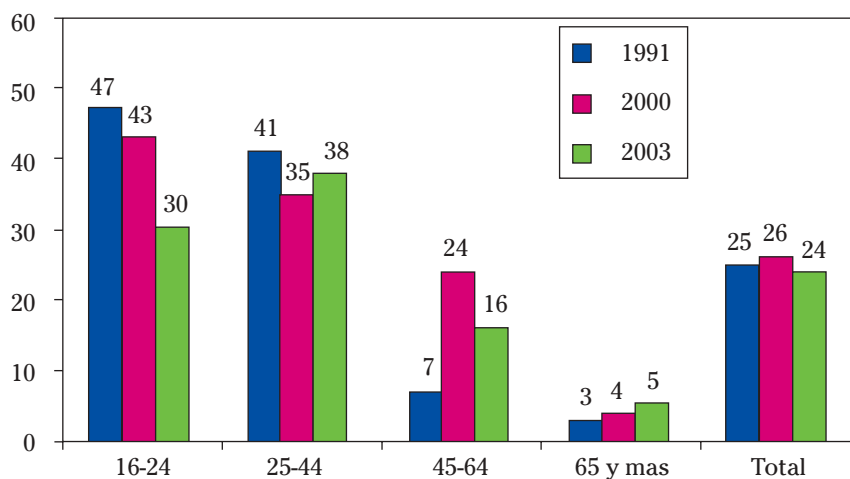
### Actuaciones

Desde el año 1991 son muchas las actuaciones que el Departamento de Salud ha desarrollado para paliar el problema de salud pública derivado del consumo de tabaco. En 1994, mediante Orden Foral, se puso en marcha el “Programa de Ayuda a dejar de fumar” en Atención Primaria y Salud Laboral, que proponía actuaciones en estos dos ámbitos y con dos niveles de intervención, el nivel básico o consejo sistematizado y el nivel intensivo de “Apoyo programado individual” y de “Apoyo programado grupal”. El Programa incluía la puesta en marcha del tratamiento de remplazo de nicotina con financiación parcial del mismo.



**Figura 29.** Evolución de la prevalencia de consumo habitual de tabaco en hombres. Navarra 1991-2003 (%).

Fuente: Encuestas de Salud de Navarra 1991 y 2000. Encuesta de Consumo de tabaco 2003.



**Figura 30.** Evolución de la prevalencia de consumo habitual de tabaco en mujeres. Navarra 1991-2003 (%).

Fuente: Encuestas de Salud de Navarra 1991 y 2000. Encuesta de Consumo de tabaco 2003.

En 1999, el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra para dar impulso a la prevención del tabaquismo, creó un “Comité de Expertos”



para que elaborara un Plan global de acción sobre el tabaco, que fue aprobado por el Gobierno de Navarra y presentado al Parlamento donde obtuvo el respaldo de los diferentes grupos políticos en la Comisión de Sanidad y que tiene las siguientes líneas de actuación.

- Prevención del inicio del consumo
- Ayuda a dejar de fumar
- Espacios públicos y laborales sin humo

En 2001, se publicó un Decreto Foral que estableció los órganos de dirección y coordinación del Plan Foral de acción sobre el tabaco.

Una de las medidas propuestas en el Plan fue la elaboración de una Ley sobre el territorio de Navarra que fue elaborada y aprobada en 2003.

Esta Ley, la 6/2003, de 14 de Febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco, enmarca el conjunto de actuaciones derivadas de la puesta en marcha del Plan y tiene como objetivo adoptar medidas reguladoras de las actuaciones dirigidas a la protección de la salud frente al consumo de tabaco, a la prevención de inicio del consumo y a la promoción de hábitos saludables para la mejora de la calidad de vida.

Finalmente, en 2003, en desarrollo de la Ley indicada, se publicó un Decreto Foral que regula las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar.

Más información de las actuaciones concretas desarrolladas se incluye en el apartado de actuaciones sujetas a programa de este documento.

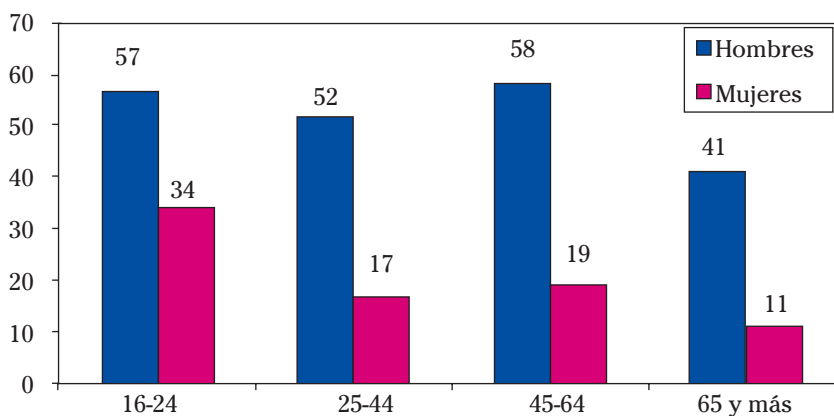
## CONSUMO DE ALCOHOL

### Situación

Según la Encuesta de Salud de Navarra 2000, un 35% de la población consume alcohol de manera habitual. El consumo excesivo (más de 100 cc/día) identificado como consumo de riesgo, afecta a un 4%.

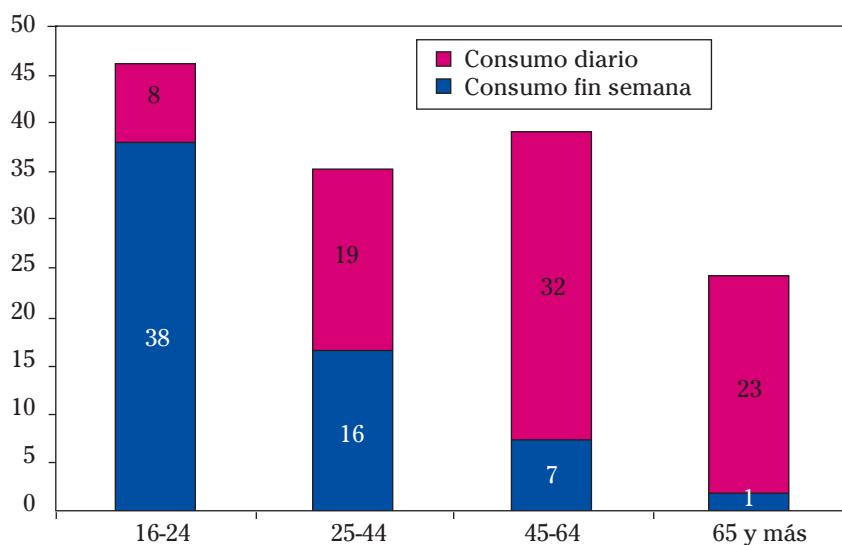
El consumo es mucho más frecuente en hombres que en mujeres (52 y 19% respectivamente) lo que se refleja en todas las edades. El grupo de edad de 45-65 años tiene una prevalencia de consumo alta y además es el de mayor presencia de consumidores de riesgo (Fig. 31).

Los jóvenes y las mujeres (casi un 50% de las mujeres que beben habitualmente) tienden a ser bebedores de fin de semana. Su consumo es moderado si se calcula el consumo/día con respecto a los siete días que tiene la semana; pero respecto a los tres días del fin de semana, en los que realmente se ha hecho el consumo, un 22% de estos bebedores tienen un consumo alto-excesivo (>60 cc/día) (Fig. 32).



**Figura 31.** Distribución de consumidores habituales de alcohol según edad y sexo (%).

Fuente: Encuestas de salud de Navarra 2000.

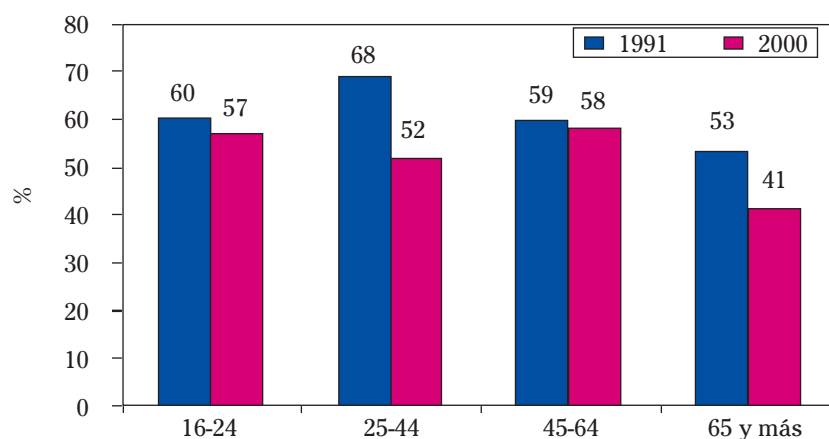


**Figura 32.** Distribución de los bebedores habituales según edad y hábito de consumo (diario o exclusivamente de fin de semana) (%).

Fuente: Encuestas de salud de Navarra 2000.

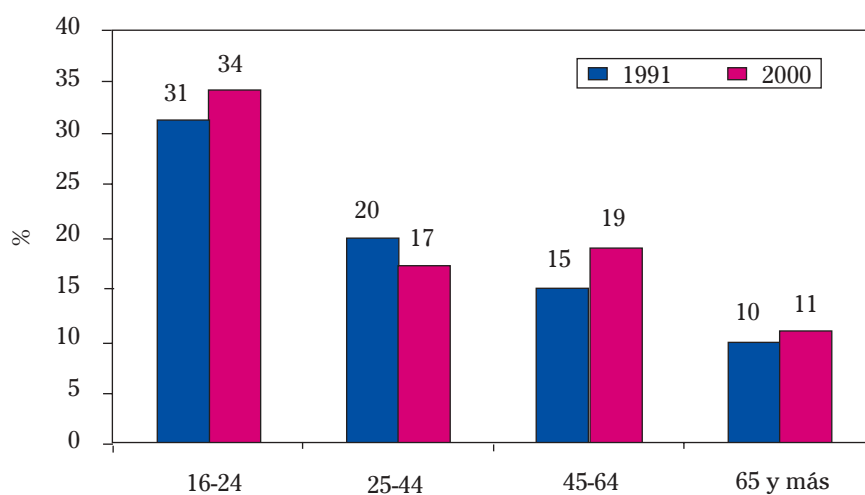
Comparando con los datos de la Encuesta de Salud de Navarra 1991, se observa en los hombres una disminución de la prevalencia de bebedores habituales y la de aquellos con consumo alto. En las mujeres los

cambios detectados no son significativos (Figs. 33 y 34). La prevalencia de bebedores exclusivos de fin de semana ha aumentado 15 puntos. La prevalencia de bebedores excesivos se ha mantenido estable en un 4%. Esta cifra es similar a la descrita para España por la Encuesta Nacional de Salud 2001 (Tabla 34).



**Figura 33.** Evolución de la prevalencia de consumo habitual de alcohol en hombres. 1991-2000.

Fuente: Encuestas de salud de Navarra 1991 y 2000.



**Figura 34.** Evolución de la prevalencia de consumo habitual de alcohol en mujeres. 1991-2000.

Fuente: Encuestas de salud de Navarra 1991 y 2000.

**Tabla 34.** Evolución del consumo de alcohol de forma excesiva según sexo. Navarra 1991-2000. España 1993-2001.

	Navarra 1991	España 1993	Navarra 2000	España 2001
Hombres	3,1	7,8	3,6	3,9
Mujeres	0,2	1,9	0,7	0,2

Bebedor excesivo: consumo de más de 100 cc de alcohol/día.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 1993 y 2001. Encuesta de Salud de Navarra 1991 y 2000.

La edad de inicio al consumo se sitúa en los más jóvenes (16 a 24 años) en torno a los 15,6 años, según la Encuesta de Salud Navarra 2000, por debajo de los 16,4 de la Encuesta de Salud de Navarra 1991.

### Actuaciones

En el mes de enero de 1994 por Acuerdo del Gobierno de Navarra, se aprobó el Plan Foral de Drogodependencias, sustituyendo al Plan de Alcoholismo y Toxicomanías vigente hasta ese momento.

En el apartado de actuaciones dirigidas al consumo de otras drogas, se describe con detalle las actuaciones del Plan Foral de drogodependencias en relación al consumo de alcohol y otras drogas y sus consecuencias.

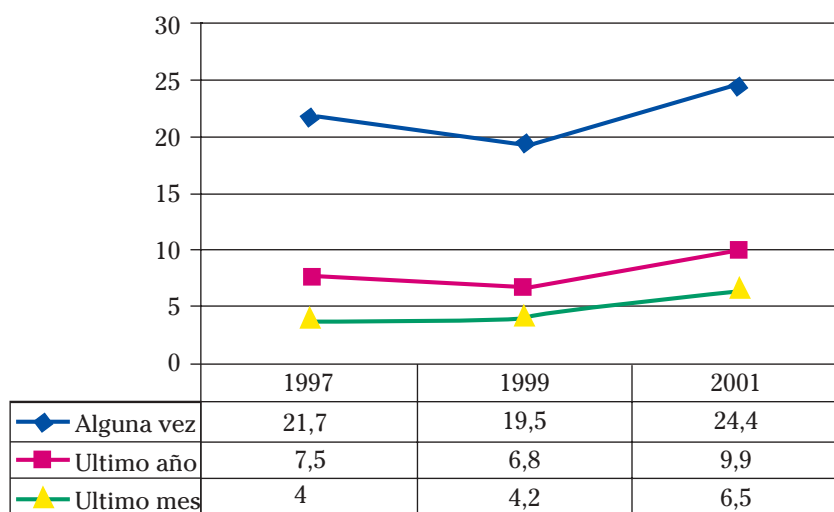
## CONSUMO DE OTRAS DROGAS

### Situación

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas realiza desde 1994 con una periodicidad bienal y de manera alternante una Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas y una Encuesta sobre Drogas en Población Escolar. La primera se hace sobre población de 15 a 64 años, la más reciente sobre la que se tiene información fue realizada en 2001, sobre una muestra de 14.000 personas. La escolar se hace sobre estudiantes de secundaria de 14 a 18 años. La más reciente se hizo en 2002 sobre una muestra de 25.000 estudiantes. La V Encuesta sobre la Juventud de Navarra (Bartolomé de Carranza 2003) también proporciona información sobre el consumo de otras drogas pero el sector de población que se muestrea es de 15 a 29 años, mucho más amplio que la escolar y más restringido que el de adultos. Los resultados en Navarra se sitúan entre las dos encuestas nacionales, con unas prevalencias de consumo más altas atribuible al hecho de que la población diana es la de mayor consumo.

**El consumo en la población adulta.** La Encuesta Domiciliaria de Consumo de Drogas (Plan Nacional sobre Drogas 2001) proporciona información al respecto.

El *cánnabis* es la droga ilegal más consumida en España. Un 24,4% de la población adulta la ha consumido alguna vez, un 9,9 en el último año, un 6,5 en la última semana y un 1,6 reconoce haberla consumido a diario en el último año. Desde 1995 se observa un aumento del consumo sobre todo del referido al último mes (Fig. 35).

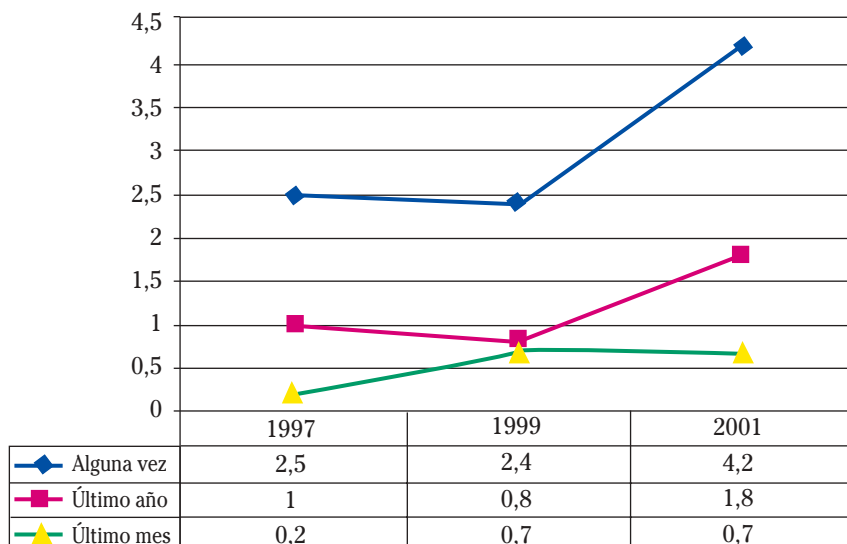


**Figura 35.** Evolución de la proporción de consumidores de cánnabis en población de 15-64 años. España 1997-2001.

Fuente: Plan Nacional sobre drogas. Encuestas Domiciliarias de Consumo 1997 y 2001.

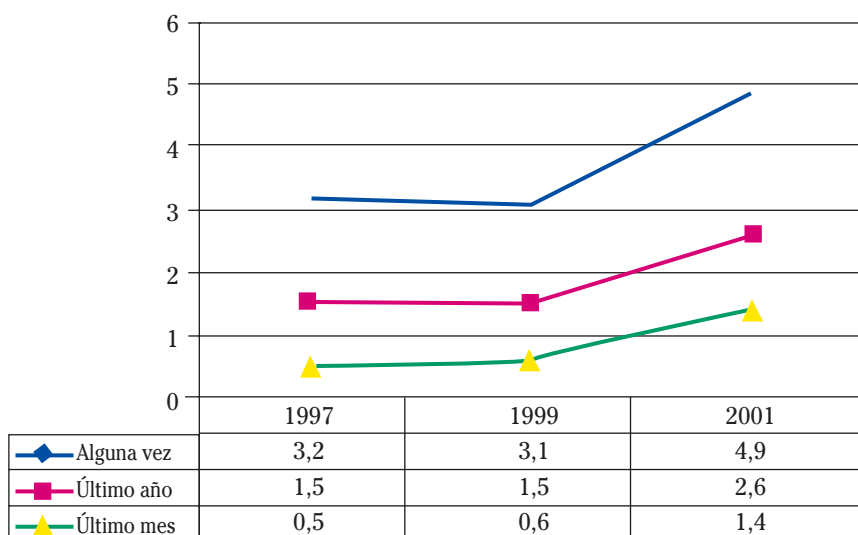
El *éxtasis* ha sido consumido alguna vez por un 4,2% de la población, porcentaje que se duplica entre los de 15 a 24 años. Durante el último año ha sido tomado por un 1,8% de la población adulta de 15 a 64 años y por un 0,7% en el último mes. No hay conocimiento de consumo diario de estas drogas. Igual que sucede con otros estimulantes como la cocaína, en los últimos años ha aumentado el consumo referido al último mes, sobre todo a expensas del aumento en los jóvenes (15-34), principalmente varones (Fig. 36).

El consumo de *cocaína* es superior al de éxtasis en el conjunto de la población pero no así en los jóvenes. La ha probado un 4,9 de la población, un 2,6% la ha consumido en el último año y un 1,4% en el último mes. El consumo ha aumentado en los últimos años sobre todo en los jóvenes, y en los hombres. El consumo de *crack* sigue siendo minoritario y no muestra tendencia de ascenso (Fig. 37).



**Figura 36.** Evolución de la proporción de consumidores de éxtasis en población de 15-64 años. España 1997-2001.

Fuente: Plan Nacional sobre drogas. Encuestas Domiciliarias de Consumo 1997 y 2001.



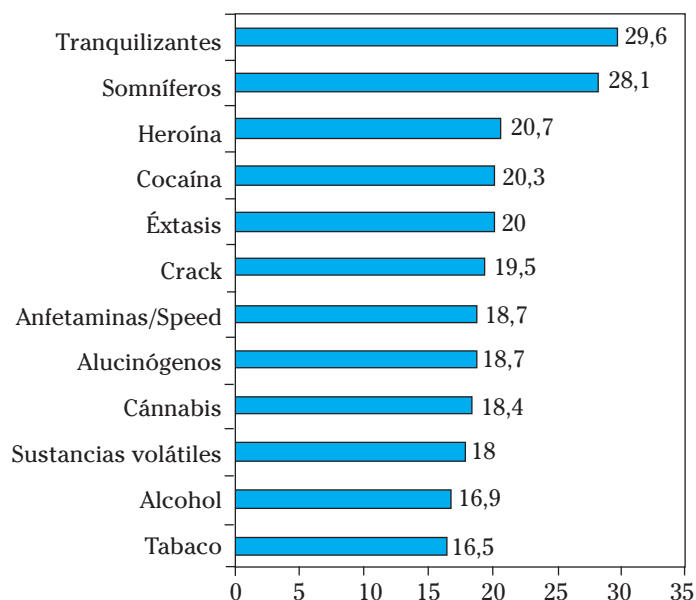
**Figura 37.** Evolución de la proporción de consumidores de cocaína en población de 15-64 años. España 1997-2001.

Fuente: Plan Nacional sobre drogas. Encuestas Domiciliarias de Consumo 1997 y 2001.

El consumo de *heroína* según muestra la serie de Encuestas Domiciliarias sobre Drogas, desciende. También disminuyen los indicadores de visibilidad del consumo (personas inyectándose, jeringuillas en el suelo etc). Alguna vez en la vida la ha consumido un 6‰ de la población, un 1‰ el último mes.

Los *tranquilizantes o somníferos* son consumidos sin receta por un 2,5% y un 1,6% respectivamente, con una ligera tendencia al incremento los últimos años. No hay diferencias de consumo entre hombres y mujeres.

Las edades medias de inicio en el consumo de drogas muestran diferencias importantes. Las drogas más precoces son el tabaco (16,5) y el alcohol (16,9); la más tardía los tranquilizantes (29,6 años) (Fig. 38).



**Figura 38.** Edad media de inicio en el consumo en población de 15-64 años. España 2001.

Fuente: Plan Nacional sobre drogas. Encuestas Domiciliarias de Consumo 1997 y 2001.

El policonsumo es un fenómeno frecuente. Los consumidores de cánnabis en el último año han consumido también cocaína (20,9%) y éxtasis (16,2). Los consumidores de cocaína han consumido también éxtasis (38,6%) y cánnabis (79,1%)

**El consumo en la población joven.** La Encuesta en Población Escolar (Plan Nacional sobre Drogas 2002) y la V Encuesta sobre la Juventud de Navarra (Bartolomé de Carranza 2003) proporcionan información sobre este consumo.

El patrón de consumo que predomina es experimental y ocasional, ligado al ocio y a los fines de semana. Las edades de inicio a las distintas drogas se han estabilizado (Tabla 35).

**Tabla 35.** Evolución de las edades medias de inicio al consumo de drogas. Población 14-18 años. España 2000-2002.

Sustancia	2000	2002
Tabaco	13,2	13,1
Tabaco (consumo diario)	14,4	14,4
Alcohol	13,6	13,6
Alcohol (consumo semanal)	14,8	15,3
Tranquilizantes sin prescripción	14,5	14,6
Cánnabis	14,8	14,7
Éxtasis	15,6	15,4
Alucinógenos	15,4	15,5
Speed/Anfetaminas	15,5	15,6
Cocaína	15,7	15,7

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de drogas. Encuesta sobre Drogas en Población Escolar 2000 y 2002.

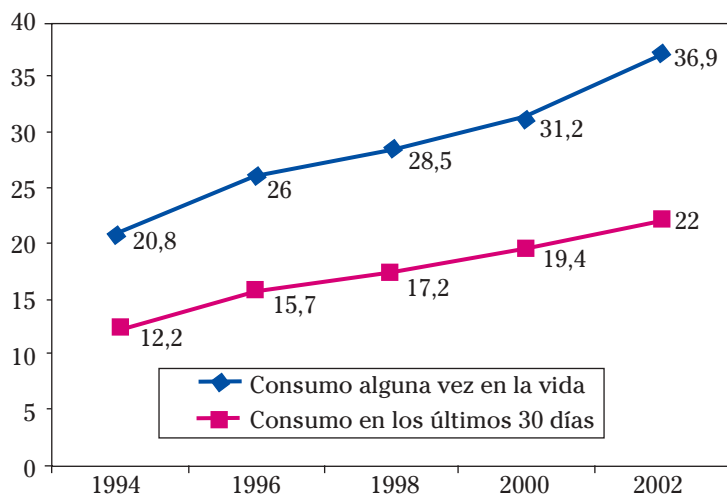
El cánnabis es la sustancia más consumida después del alcohol y tabaco, tiene una tendencia ascendente en los últimos años. Su consumo habitual (consumo durante el último mes) ha pasado de un 12,2% en 1994 a un 22% en 2002 (Fig. 39). El resto de drogas tienen una prevalencia de consumo por debajo del 3,1% (Tabla 36).

**Tabla 36.** Prevalencia de consumo habitual (último mes) de drogas según sexo. Población 14-18 años. España 2002.

Sustancia	Hombres	Mujeres
Alcohol	55,9	54,3
Tabaco	24,2	33,1
Cánnabis	25,0	19,3
Cocaína	3,6	2,7
Éxtasis	2,0	1,5
Speed/Anfetaminas	2,2	1,6
Alucinógenos	1,8	0,8
Tranquilizantes sin prescripción	1,7	3,1
Sustancias volátiles	1,5	0,7

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de drogas. Encuesta sobre Drogas en Población Escolar.





**Figura 39.** Evolución de la proporción de consumidores de cannabis en población de 14-18 años. España 1994-2002.

Fuente: Plan Nacional sobre drogas. Encuestas de Consumo en Población escolar 1994 y 2002.

El consumo de cocaína también ha experimentado un crecimiento, mientras que el de éxtasis y alucinógenos ha disminuido.

Navarra, coincide con la encuesta escolar nacional en la prevalencia de consumo de cannabis y su evolución creciente. El resto de drogas ilegales tienen prevalencias más altas probablemente debido a que el rango de edades de la población muestreada es más amplia, incluyendo edades con mayor prevalencia de consumo (Tabla 37). En los “últimos 6 meses”, y en los “30 últimos días” ha aumentado el consumo de todas las sustancias, excepto las setas alucinógenas. Si comparamos las edades medias de inicio en el consumo de drogas con las registradas en la anterior Encuesta sobre la Juventud de Navarra (Bartolomé de Carranza 1998) observamos ligeras fluctuaciones. Ha descendido en general la edad media de comienzo en todas las drogas, especialmente en los consumidores de cocaína, éxtasis/pastillas, setas alucinógenas y speed o anfetaminas. Son edades más altas que las de la encuesta escolar nacional pero esta diferencia se puede deber al mayor intervalo de edad de la población estudiada en Navarra, 15 a 29 años ya que las cohortes de mayor edad incrementan la media de la edad de inicio (Tabla 38).

El policonsumo es un fenómeno muy prevalente; la asociación más frecuente se da entre las drogas con mayor prevalencia de consumo: tabaco, alcohol y cannabis.

**Tabla 37.** Evolución de las prevalencias de consumo de drogas. Población 15-29 años. Navarra 1998-2003.

SUTANCIAS	Consumo alguna vez en la vida		Consumo en los últimos 6 meses		Consumo en los últimos 30 días		Consumo diario	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Cánnabis	48,6	53,7	28,4	30,6	19,4	24,8	3,7	7,5
Speed/Anfetamina	15,9	19,6	7,8	9,3	4,4	6,6	0,1	-
Cocaína	11,9	18,2	6,0	9,4	3,2	6,3	-	0,1
Setas alucinógenas	7,7	16,4	4,9	6,4	3,6	2,5	-	0,1
Éxtasis/pastillas	9,8	16,2	3,9	5,7	2,2	3,1	0,1	0,1
Alucinógenos	10,2	10,0	2,9	2,7	1,2	1,6	-	-
Ketamina	*	3,1	*	0,9	*	0,6	*	-
Crack	*	1,3	*	0,6	*	0,4	*	-
Heroína	0,9	1,2	0,4	0,5	0,2	0,4	-	-
(Base)	(1602)	(1606)	(1602)	(1606)	(1602)	(1606)	(1602)	(1606)

Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta sobre la Juventud de Navarra 1998 y 2003.

**Tabla 38.** Evolución de la edad media de inicio de consumo de drogas. Navarra 1998-2003.

SUSTANCIAS	Año 1998	Año 2003
	Edad media (años)	Edad media (años)
Cánnabis	16,9	16,7
Speed/Anfetaminas	18,4	17,9
Cocaína	19,5	18,9
Setas alucinógenas	19,9	19,4
Éxtasis/pastillas	19,2	18,4
Alucinógenos	17,9	17,7
Ketamina	-	19,8
Crack	-	18,4
Heroína	17,4	17,1

Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta sobre la Juventud de Navarra 1998 y 2003.

La continuidad en el consumo, es decir, el porcentaje de personas que habiendo probado una droga la sigue consumiendo en los últimos 30 días, es máximo en el alcohol (87,8%) y el tabaco (72,8). El cánnabis (59,6%) y la cocaína (41,9) tienen una continuidad menor pero importante.

## Actuaciones

El Plan Foral de Drogodependencias ha subvencionado en el año 2002, 33 Programas Municipales de Drogodependencias (PMD). Suponen la implicación de 128 municipios (muchos de ellos se mancomunan para la realización de estos programas) y 6 barrios de Pamplona, y alcanzan al 66,2% de la población navarra.

Se realizan actividades de prevención en los ámbitos comunitario, familiar y escolar además de las dirigidas a grupos específicos de población con mayor necesidad de apoyo y a jóvenes.

***Ambito comunitario.*** Dirigido a población general incluye actividades diferentes:

- Información, sensibilización y reflexión de carácter general en torno al fenómeno de las drogodependencias.
- Asesoramiento a ayuntamientos, comisiones municipales, patronatos, clubs deportivos, etc.
- Espacios comunitarios de coordinación. En 16 PMD se han formado grupos con la participación de Asociaciones de padres y madres, centros educativos, centros sanitarios, asociaciones de jóvenes, etc. Estos grupos intervienen mediante el suministro de información y sensibilización y colaboran en los espacios de ocio y tiempo libre de los niños y jóvenes.
- Servicio de orientación personal y familiar.

### ***Ámbito familiar***

- Se ha preparado y distribuido material para que las familias puedan trabajar con sus hijos o como elementos de una actividad más amplia: escuelas de padres, talleres.
- Proyecto para la prevención familiar a través de padres y madres mediadores.
- Actuaciones desde los programas municipales de drogodependencias.

### ***Ámbito escolar***

- Actividades impulsadas por una Comisión Técnica Mixta del Departamento de Educación y el Plan Foral de Drogodependencias.
- Actividades desde los programas municipales de drogodependencias.

**Actuaciones sobre grupos específicos** con mayores necesidades de apoyo: adolescentes con fracaso escolar, jóvenes con problemas de adaptación y de incorporación sociolaboral, etc.

***Actividades con jóvenes.*** Desde todos los programas municipales y algunas asociaciones se han realizado actividades dirigidas a la pobla-

ción juvenil entendida como un sector prioritario en los programas comunitarios de prevención.

- Campañas y Programas de sensibilización y prevención en relación al consumo de alcohol y otras drogas y a sus consecuencias. Todos los programas municipales hacen este tipo de actividades. En este grupo se incluyen las campañas “Voy y vengo” consistentes en ofertar un autobús que periódicamente, en horario nocturno, se desplaza a aquella localidad en la que se celebra algún acontecimiento lúdico (fiesta locales, conciertos) desde las localidades cercanas para hacer innecesario el uso del medio de transporte propio.
- Actividades informativas y formativas a demanda de los jóvenes:
  - Talleres informativos
  - Encuentros, jornadas, exposiciones
  - Formación de voluntariado y mediadores
  - Servicios de información y orientación
  - Asociaciones y grupos de jóvenes: asociaciones, grupos informales, locales juveniles, espacios privados
  - Actividades socioeducativas de ocio y tiempo libre

## **SEGURIDAD VIAL**

### **Situación**

España es uno de los países desarrollados con mayores tasas de accidentes de tráfico. Suponen una de las cinco primeras causas de muerte en la población general y la primera causa entre los hombres de 15 a 29 años. En Navarra, la mortalidad por causas externas ocupa el cuarto lugar por orden de frecuencia en hombres, y el sexto en mujeres durante el quinquenio 97-2001.

El consumo de sustancias psicoactivas donde el alcohol juega un papel predominante intervienen en la génesis de los accidentes de tráfico. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de sufrir accidentes y contribuye a que la gravedad de las lesiones sea mayor. Se estima que en España, el 40% de los fallecimientos por accidentes de tráfico están relacionados con el consumo de alcohol. Series de casos han revelado que más de la mitad de los conductores que sufren un accidente mortal presentan cifras de alcohol en sangre superiores a 0,10 g/100 ml.

El incremento de riesgo atribuible al alcohol es aplicable a todos los grupos etarios, pero los jóvenes, por distintas circunstancias (conductores inexpertos, consumo elevado de alcohol los fines de semana, etc.) son particularmente vulnerables.

La V Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003, aporta información sobre la conducción en los jóvenes de 15 a 29 años. El 61,2% conduce coche y/o moto, el 55,5 al menos una vez a la semana. Los principales motivos del desplazamiento de los que conducen coche con una frecuencia de al menos alguna vez a la semana son con la misma importancia, ocio y trabajo. En el caso de la moto predomina como motivo de desplazamiento el ocio. Los jóvenes que residen en localidades de menos de 5.000 habitantes son los que con más frecuencia se desplazan por ocio. El 40% de los jóvenes, según manifiestan ellos, han cometido en su vida alguna infracción contra la seguridad del tráfico, la más frecuente conducir con exceso de velocidad (32%), seguido de otras maniobras prohibidas, no llevar cinturón o casco y usar el teléfono móvil, todas ellas con una prevalencia en torno al 23% (Tabla 39).

**Tabla 39.** Jóvenes infractores alguna vez en su vida y en 2002 según tipo de infracción (%).

Tipo de infracción	Alguna vez en la vida	En el año 2002	
		1-2 veces	3 ó +
Conducir sin permiso y sin seguro	14,6	3,8	3,3
Exceso de velocidad	32,2	7,7	22,9
Hacer adelantamientos prohibidos	10,3	4,7	4,2
Otras maniobras prohibidas (saltarse un stop, semáforo, cambio de sentido..)	24,0	11,1	11,3
Ir sin cinturón o sin casco	23,9	6,7	15,3
Usar el teléfono móvil	22,7	7,8	14,2
Conducir después de beber en exceso	16,9	10,1	3,8
Conducir después de tomar y bajo los efectos de "pastillas" u otras drogas	5,0	2,1	1,8
Ir en dirección contraria saltándose algún stop o haciendo otras transgresiones por apuesta o disfrute	1,9	1,0	0,6

Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003.

Algo más de un tercio de los jóvenes (38%) manifiestan que cuando están con amigos, el grupo siempre controla los riesgos derivados del consumo de alcohol estableciendo un acuerdo para que el que vaya a conducir pueda estar en condiciones de hacerlo. Otro tercio manifiesta no necesitar este control (Tabla 40). Un 26% de los jóvenes manifiesta que ejerce un control individual y no conduce si no está en condiciones de hacerlo y un 64% que nunca se ha visto en esa situación (Tabla 41).

**Tabla 40.** Si estás con tu cuadrilla bebiendo alcohol, ¿soléis establecer algún tipo de acuerdo o pacto para que el conductor pueda estar en condiciones de conducir? (% n=1.495). Navarra 2003.

Respuesta	%
Siempre	37,9
A veces	17,3
Nunca	9,6
No se da la necesidad	35,1

Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003.

**Tabla 41.** Si has bebido en exceso y/o consumido pastillas u otras drogas, normalmente ¿qué precauciones tomas para conducir el coche la moto o la motocicleta? (% n=1.497). Navarra 2003.

Respuesta	%
No se han visto en esa situación	64,0
No suelen conducir/ buscan alternativas	25,8
Conducen y siempre se ponen el casco o se atan el cinturón	7,5
Conducen y nunca, casi nunca o a veces se ponen casco o se atan el cinturón	2,7

Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003.

El 31,8% de los jóvenes manifiesta haber tenido algún accidente de coche o moto alguna vez en su vida, un 8,3% si los accidentes se refieren al año 2002. El factor más decisivo del accidente en opinión del 52,7% de los jóvenes que han sufrido un accidente han sido circunstancias totalmente ajenas a su propia responsabilidad: niebla, lluvia, otro vehículo, fallo mecánico, etc.

En el 9,7% del total de accidentes que los jóvenes relatan haber tenido en su vida, el conductor del vehículo conducía bajo los efectos del alcohol u otras drogas, en el 14,3% de los accidentes con heridos graves y/o muertos (Tabla 42).

### Actuaciones

Los Programas Municipales de Drogodependencias y algunas asociaciones realizan actividades específicas para los jóvenes: campañas y programas de sensibilización y prevención en relación al consumo de alcohol y otras drogas y a los accidentes de tráfico como efecto de los mismos.

**Tabla 42.** Conducción bajo los efectos del alcohol y/o otras drogas según categoría de accidentes (%).

	<b>Accidentes sucedidos alguna vez en la vida</b>	<b>Accidentes ocurridos en el año 2002</b>	<b>Accidentes con heridos leves/graves</b>	<b>Accidentes con heridos graves/muertos</b>
No	90,3	93,5	89,1	85,7
Sí	9,7	6,5	10,9	14,3
Nº casos	476	123	129	21

Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003.

El Departamento de Salud, subvenciona a entidades locales y otras instituciones la realización de actividades de prevención en este campo. En el año 1997 existió una convocatoria específica de “subvenciones a entidades locales para la realización de proyectos y actividades de prevención de accidentes de tráfico en los jóvenes” el resto de los años. Se enmarca en la convocatoria general del Departamento de Salud de subvenciones a otras Instituciones y Programas de Salud, que incluye una línea dedicada al desarrollo de programas de prevención y promoción de salud.

Por Acuerdo de Gobierno de 21 de febrero de 2000, se constituyó en Navarra una Comisión Interdepartamental para el Desarrollo y la Coordinación de la Seguridad Vial con la participación de las Direcciones Generales de Educación, Salud, Obras Públicas e Interior liderado desde este último Departamento. A instancias de esta comisión se creó una ponencia técnica para la implantación de la educación vial como eje transversal en el ámbito escolar en la que ha participado la Sección de Promoción de Salud del Instituto de Salud Pública. Una segunda ponencia estudió las causas y las consecuencias de los accidentes de tráfico.

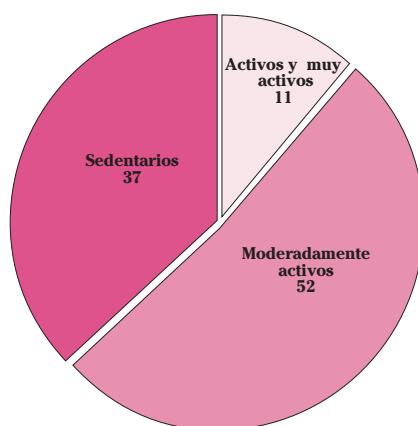
Durante 2004 la Comisión ha elaborado y está pendiente de ser aprobado por Gobierno, un plan general de actuación: “Estrategia Navarra de Seguridad Vial” que recoge actuaciones de cada departamento y actuaciones conjuntas. Dentro de la Estrategia el Departamento de Salud ha liderado la elaboración de un programa de intervención dirigido a la “Asistencia tras el accidente” con actuaciones dirigidas a ciudadanos, Puntos de atención continuada, sistemas de transporte urgente y otros ámbitos de intervención.

## **EJERCICIO FÍSICO**

### **Situación**

Actividad física habitual es la que ocupa la mayor parte del día: trabajo, estudio, labores del hogar u otras actividades. La Encuesta de Salud de Navarra 2000 muestra que un 37% de la población de Navarra es se-

dentaria en su actividad habitual frente a un 63% que es activa (52%) o muy activa (11%) (Fig. 40).

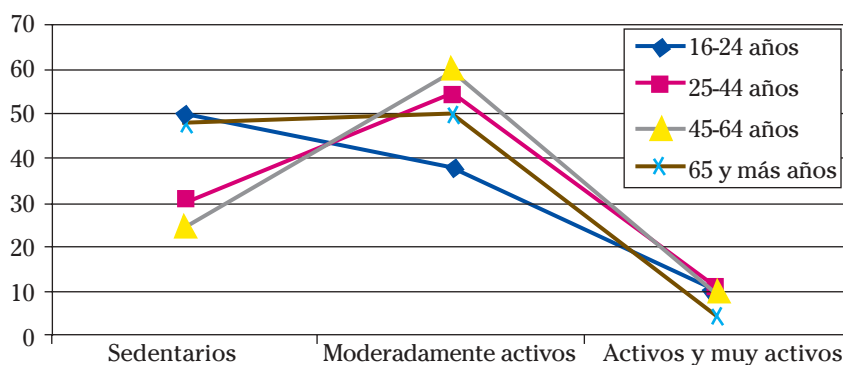


**Figura 40.** Prevalencia de actividad física habitual (%). Navarra 2000.

Fuente: Encuesta de Salud Navarra 2000.

Por sexos, hay igual porcentaje de hombres que de mujeres sedentarias, pero es menor el número de mujeres muy activas y mayor el de moderadamente activas.

Por edad destaca que los extremos etarios son los más sedentarios (Fig. 41).

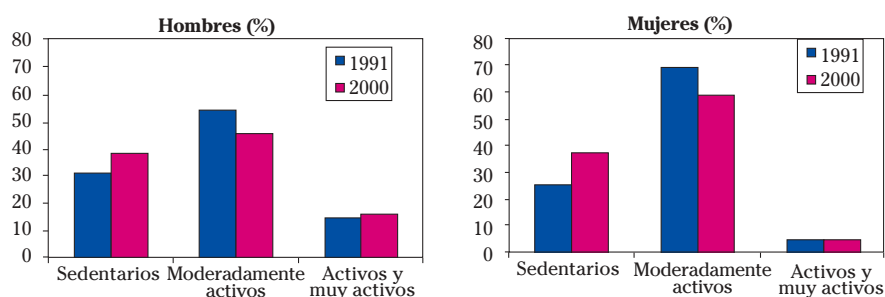


**Figura 41.** Prevalencia de actividad física habitual (%) por edad. Navarra 2000.

Fuente: Encuesta de Salud Navarra 2000.



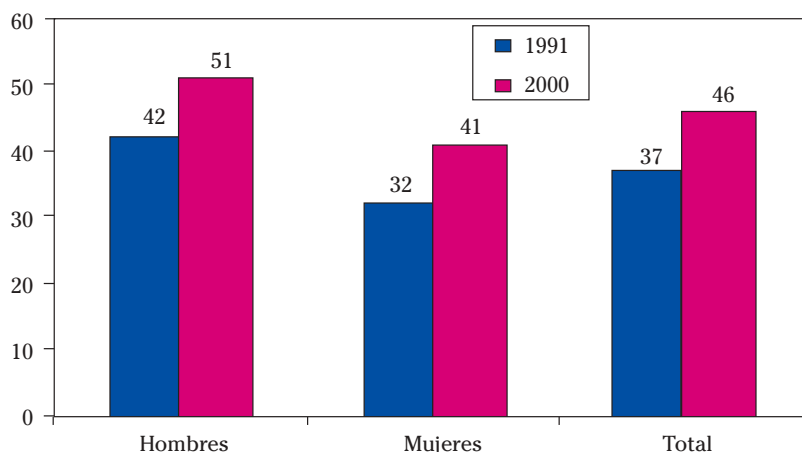
Comparando estos datos referidos al año 2000 con la Encuesta de Salud de Navarra de 1991 se observa que a excepción de los menores de 25 años, hay un desplazamiento en la prevalencia de personas moderadamente activas hacia sedentarias, algo más acusado en mujeres (Fig. 42).



**Figura 42.** Evolución de la prevalencia de la actividad física habitual. 1991-2000.

Fuente: Encuesta de Salud Navarra 1991 y 2000.

El ejercicio físico en tiempo de ocio, tiempo libre o la práctica de algún deporte, es practicado por un 46% de la población según la Encuesta de Salud de Navarra 2000. Esta práctica de ejercicio ha sufrido un aumento respecto a 1991 (Fig. 43), desapareciendo la diferencia respecto a la edad que había en el año 1991 (los jóvenes hacían más) y manteniéndose la diferencia por sexos, los hombres más ejercicio (51%) que las mujeres (41%).



**Figura 43.** Evolución de la prevalencia de la actividad física en tiempo de ocio por sexo (%) 1991-2000.

Fuente: Encuesta de Salud Navarra 1991 y 2000.

En la población joven de 15 a 29 años, según la V Encuesta sobre la Juventud de Navarra (Bartolomé de Carranza, 2003) y comparándola con la Encuesta sobre Sexualidad en la Juventud de Navarra (Bartolomé de Carranza 1991) también se constata un incremento, en la última década, de la práctica de deporte o actividad física, que ha pasado de un 47% en 1991 a un 59% en 2003. Se detecta algún cambio cualitativo ya que toma fuerza la cultura del “culto al cuerpo”, aumentando la práctica de la gimnasia, aeróbic y musculación, mientras que disminuyen los deportes considerados clásicos como el fútbol o la pelota.

### **Actuaciones**

Las actuaciones para la promoción de una práctica adecuada del ejercicio físico han sido realizadas por la Sección de Promoción de Salud del Instituto de Salud Pública y se han integrado junto a las actuaciones dirigidas a la promoción de una alimentación adecuada. Se describen conjuntamente, en el apartado siguiente, después de la descripción de la situación actual de la alimentación.

## **ALIMENTACIÓN**

### **Situación**

#### ***Consumo de nutrientes***

Navarra es una de las Comunidades Autónomas integrantes en el Estudio Prospectivo Europeo sobre Dieta y Cáncer (EPIC). La cohorte EPIC en Navarra está constituida por 8.084 voluntarios, de los que un 48% son hombres y un 52% mujeres, con edades comprendidas entre 29 y 67 años. La cohorte fue reclutada desde finales de 1992 hasta 1996. La información sobre la alimentación se obtuvo en el momento del reclutamiento, en entrevista personalizada mediante la aplicación de cuestionario informatizado del método de la historia de dieta (HD), diseñado y validado especialmente para el estudio.

Los resultados ofrecidos muestran que la ingesta media diaria de energía fue de 2.734 kilocalorías en los hombres y de 2.145 kilocalorías en las mujeres. Un 41% de la energía provenía de lípidos, un 17% de proteínas y un 42% de hidratos de carbono.

Para poblaciones que presentan un consumo elevado de aceite de oliva, como es el caso de la cohorte de Navarra, se acepta como recomendación que hasta un 35% de la energía provenga de lípidos; un 86% de la cohorte masculina y un 84% de la cohorte femenina presentaba un consumo de lípidos superior a dicha recomendación.

El 94 % de la cohorte masculina y el 85% de la femenina presentaba un consumo de proteínas superior a la referencia (15%), mientras que

en el 98% de los sujetos el consumo de hidratos de carbono era inferior al de referencia (55%) (Tabla 43).

**Tabla 43.** Consumo de energía y macronutrientes.

	Lípidos (%)	Hidratos de carbono(%)	Proteínas (%)
Recomendado	30-35	55%	15
Cohorte Navarra EPIC	41	42%	17

Fuente: Estudio prospectivo europeo sobre dieta y cáncer.

En la Encuesta de Condiciones de Vida de 2001, del Instituto de Estadística de Navarra, se pregunta sobre la frecuencia de consumo de algunos alimentos (Tabla 44). Se ha comparado esta frecuencia de consumo con la implícitamente recomendada en el cuestionario de 14 puntos de valoración individual del grado de cumplimiento inicial de la dieta mediterránea, consensuado por expertos en nutrición. Se observa una baja frecuencia de consumo diario de fruta y en mayor medida de verduras, un excesivo consumo de carne y una frecuencia de consumo de pescado bastante adecuada.

**Tabla 44.** Distribución de la población según la frecuencia de consumo de grupos de alimentos (%).

	Verdura cocida	Ensalada	Fruta	Legumbres	Bollería y dulces	Comida rápida	Carne	Pescado
Diariamente	30,5	62,8	69,6	2,4	14,6	0,9	14,1	4,3
4-5 veces semana	28,7	21,4	14,4	10,7	9,2	1,6	45,0	25,8
2-3 veces semana	31,7	10,9	8,0	65,9	13,5	6,3	37,3	60,6
De vez en cuando	7,5	3,1	6,3	19,6	41,4	26,1	2,9	7,6
Nunca	1,7	10,7	1,8	1,3	21,2	65,1	0,8	1,6

Fuente: IEN. Encuesta de Condiciones de Vida de la Población en Navarra 2001.

### ***Sobrepeso y obesidad y trastornos de la conducta alimentaria***

Según el estudio de factores de riesgo cardiovascular realizado en Navarra en 1994, un 17,4% de los hombres y un 13,2 de las mujeres de 18-64 años tiene obesidad (IMC>30).

En la Encuesta de Salud de Navarra 2000 la prevalencia de obesidad es de un 5% en las mujeres y un 10% de los hombres en el mismo grupo de edad. Las cifras son muy inferiores pero hay que interpretarlas con cautela puesto que en este caso el peso y la talla son referidos por las personas entrevistadas.

En las personas de 16 y más años, según datos de la citada Encuesta de Salud Navarra 2000, el 43% de los hombres y el 25% de las mujeres se encuentran en situación de sobrepeso. La obesidad se da en el 9% de los encuestados, no habiendo diferencias significativas por sexo y predomina en mayores de 45 años (Tabla 45).

**Tabla 45.** Prevalencia de obesidad y sobrepeso por edad y sexo (%).

	Hombres					Mujeres				
	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total
Peso normal	81	46	28	39	46	93	80	57	44	38
Sobrepeso	16	46	56	43	43	7	18	33	40	25
Obesidad	3	8	16	18	11	1	2	10	16	7

Fuente: Encuesta de Salud de Navarra 2000.

En relación con posibles casos sospechosos de padecer trastornos de la conducta alimentaria, la V Encuesta sobre la Juventud de Navarra (Bartolomé de Carranza, 2003) recoge que los atracones y los pensamientos desordenados ante la comida afectan al 1,9% de las mujeres y al 1,5 % de los hombres, es decir, extrapolando al conjunto de adolescentes y jóvenes de Navarra, a unas 1.068 mujeres y 907 varones. Además la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar aparece en el 2,7 % de las chicas y el 0,3% de los chicos.

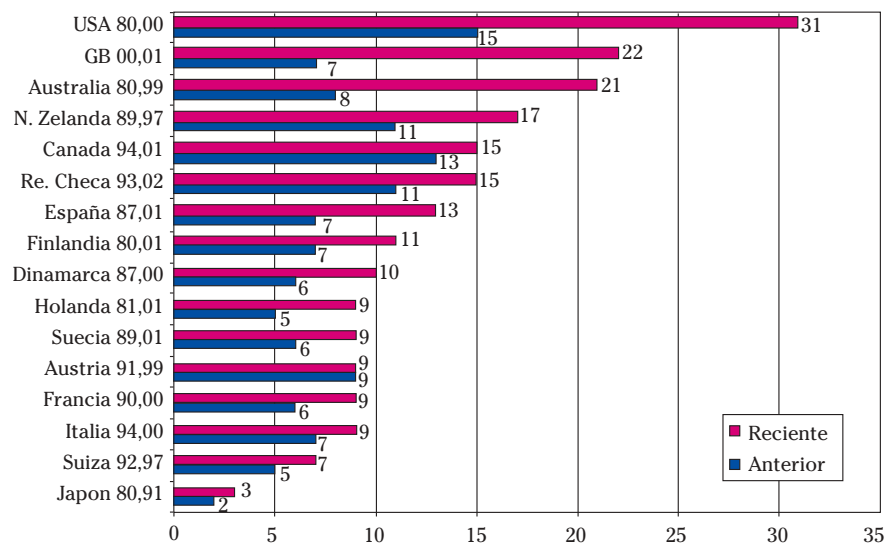
En los últimos 20 años, en España y en los demás países de la Unión Europea ha aumentado la tasa de obesidad (peso y talla referidos); se ha duplicado en Australia y Estados Unidos y triplicado en el reino Unido. En Europa continental las tasas son menores pero la tendencia al aumento es sostenida (Fig. 44).

### Actuaciones

Desde la Sección de Promoción de Salud del Instituto de Salud Pública se ha puesto en marcha una línea de trabajo dirigida a la promoción de la actividad física y de la alimentación de manera integral que incluye actividades de movilización de los agentes de salud a favor de los estilos de vida sanos, apoyo a los centros que trabajan estos temas e información sanitaria a la población. Las actuaciones realizadas han sido la elaboración, edición y distribución de materiales específicos:

- Folletos “El ejercicio físico” y “ La alimentación” dirigidos a población general.

- Cuadernillo: “Estilos de vida. Protocolos para los profesionales. Educación y comunicación en consulta individual”. Dirigido a profesionales y agentes de la salud para facilitar las actuaciones sistematizadas de información, consejo y educación individual.
- Otros materiales, juegos de cartas, trípticos y carteles dirigidos a población general
- Campaña de motivación de los agentes de salud mediante la distribución de los folletos y de las publicaciones comentadas.



**Figura 44.** Incremento de la tasa de obesidad en población adulta entre los países de la OCDE.

Índice de Masa Corporal >30%. Peso y talla referidos por la población.  
Fuente: OECD Health date 2003.

## SALUD SEXUAL. PROSTITUCIÓN

### Situación

Según la V Encuesta sobre la Juventud de Navarra, 2003, el 78% de los jóvenes navarros de 15 a 29 años, están contentos con su propia vida sexual. Un 17% no está satisfecho. La mayor insatisfacción la acumulan los varones (el 21,6% frente al 13% de las mujeres) y los más jóvenes (el 23,7% en el grupo de 15 a 19 años).

La actividad sexual viene determinada por la edad. La edad media de inicio de relaciones sexuales son los 18 años.

En el grupo de jóvenes sexualmente activo 908 personas, un 9,5 de las mujeres y un 28,2 de los hombres tienen relaciones con diferentes personas, un 7,5% de las mujeres y un 23,6 de los hombres manifiestan que esporádicamente se relacionan con parejas casuales mientras que un 2 y un 7,5% respectivamente vivían una sexualidad activamente promiscua (tienen relaciones con distintas personas regularmente) (Tabla 46). El 85,8 se manifiesta explícitamente partidario del uso del preservativo.

**Tabla 46.** Frecuencia de compañeros y compañeras sexuales según género y grupo de edad en jóvenes.

	Total %	Sexo		Grupos de edad (años)		
		Hombre	Mujer	15-19	20-24	25-29
<b>Tienen relaciones sexuales completas</b>						
Con su pareja fija regularmente	69,6	56,5	80,7	60,2	66,9	73,3
Con su pareja fija esporádicamente	12,3	15,4	9,8	22,7	11,0	11,3
Con distintas personas regularmente	3,2	4,6	2,0	2,3	4,4	2,5
Con distintas personas esporádicamente	14,9	23,6	7,5	14,8	17,7	12,8
TOTAL Grupo sexualmente activos (%)	100	100	100	100	100	100
(Número)	(908)	(416)	(492)	(88)	(344)	(476)
TOTAL jóvenes (%)	56,5	55,5	57,5	21,3	57,9	79,5
(Número)	(1606)	(750)	(856)	(413)	(594)	(599)

Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003.

Respecto a la IV Encuesta sobre la Juventud de Navarra (Bartolomé de Carranza 1998) se ha incrementado el porcentaje de población joven (15 a 29 años) que se manifiesta satisfecha con su sexualidad de un 75 a un 78%

La Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales realizada por el Instituto Nacional de Estadística con la colaboración de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA en el último trimestre de 2003 proporciona información sobre población de 18 a 49 años. El ámbito de estudio es todo el territorio nacional con representatividad autonómica, la muestra total es de 13.600 personas, en Navarra 302.

Este estudio muestra para Navarra que más de la mitad de las mujeres (56%) ha tenido relaciones en su vida con una única pareja, un 10% con más de 5. En hombres, estos porcentajes son 26,7 y 29,9% respectivamente.

Un 21,4% de los hombres y un 14,9 de las mujeres han tenido parejas ocasionales en el último año. La gran mayoría de ellos y de ellas, (95,5%) conoce que el SIDA se transmite en las relaciones sexuales pero so-

lo en torno a la mitad, (51% en hombres y 58 en mujeres), han utilizado siempre preservativo en sus relaciones ocasionales del último año.

### ***La prostitución***

Según el informe “El oficio de la prostitución en Navarra: estigmas y modo de vida” elaborado en marzo de 2003 por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios, de trabajo social, psicólogos, sexólogos y profesionales voluntarios pertenecientes a organizaciones que trabajan con personas que ejercen la prostitución, en los últimos años, la prostitución ha experimentado un crecimiento sin precedentes en España y en otros países del sur de Europa.

En España, se calcula que alrededor de 300.000 mujeres ejercen la prostitución y que 4 de cada 10 hombres han pagado a cambio de prácticas sexuales en alguna ocasión. Según datos publicados, en este país un millón de hombres requieren diariamente los servicios de las prostitutas.

El informe citado describe que la prostitución como fenómeno social y económico ha experimentado los siguientes cambios en los últimos años:

- Reducción del número de mujeres autóctonas que ejercen la prostitución como medio de subsistencia y su reemplazo por mujeres procedentes de otros países en su mayoría en situación administrativa irregular.
- Desarrollo de la prostitución como actividad organizada de gran rentabilidad, situada en el ámbito de la economía sumergida, que ha dado lugar al enriquecimiento de mafias y grupos organizados y a la aparición de la explotación sexual intensiva a través de clubs y pisos regidos por el sistema de plazas (la mujer trabaja en ciclos de tres semanas, sin descanso, siendo frecuente el intercambio de mujeres entre dueños de pisos o clubs).
- Incremento del número de varones y transgéneros que ejercen la prostitución y que proceden igualmente de otros países.
- Indefensión legal, social y laboral de la mayoría de las personas que ejercen la prostitución.
- Inexistencia de medidas legales y administrativas que posibiliten la incorporación de estas personas a las relaciones sociales y laborales normalizadas.

En Navarra según el mismo informe también se han experimentado estos cambios y se hace evidente que la prostitución ha pasado de ser una ocupación individual de subsistencia para personas autóctonas en situación de exclusión social, a ser un gran negocio en expansión que se nutre de inmigrantes extranjeras, mujeres en su mayoría que presentan otras características y necesidades.

Según datos estimados por los autores del informe tras cotejarlos con diferentes fuentes, en Navarra ejercen la prostitución entre 500 y 775 mujeres, de las que más del 90% son extranjeras. El 85% trabaja en clubs, alrededor del 10% en pisos y en la calle un número no mayor de 30 mujeres (en torno al 5%). El ratio es de una prostituta por cada 700 habitantes por debajo del ratio del conjunto del Estado Español que podría ser de una prostituta por cada 140 hombres.

El número de varones y transgéneros que se prostituyen en Navarra no es superior a 30 personas, la mayoría de nacionalidad española. Los contactos se realizan a través del teléfono o en la calle.

La mayor concentración y diversificación de ofertas sexuales, aproximadamente dos tercios de la misma, se encuentra en Pamplona y comarca. El tercio restante se distribuye por el resto de comarcas, fundamentalmente en la zona de Tudela.

### Actuaciones

El Decreto Foral 259/1997 de 22 de septiembre que establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en Tocoginecología y en Planificación Familiar, reconoce a todas las mujeres residentes en Navarra acogidas a la asistencia sanitaria pública, el derecho, entre otros, a la educación sexual individual y grupal y a la planificación familiar. El mismo decreto encomienda el desarrollo de estas funciones a los Centros de Atención a la Mujer, con el apoyo técnico de los centros de orientación familiar y educación sexual (COFES). Dos años después, mediante el Decreto 119/1999, los COFES de Pamplona y Tudela se adscriben a Centros de Atención a la mujer, asumen las funciones propias de los mismos y se convierten en unidad de referencia y apoyo técnico en aquellos programas específicos que venían desarrollando: planificación familiar, programa joven, programa de atención sanitaria a mujeres que trabajan en prostitución, vasectomías y consulta de psicosexología, desarrollando una amplia actividad en estos campos (Tabla 47). El programa específico de prostitución y sida, ha citado en 2003, a 658 mujeres y han acudido 502 (3,7% más que en 2002).

**Tabla 47.** Actividades específicas de sexología y del programa joven en el centro de atención a la mujer. Andraize 2003.

	Nuevas	Sucesivas	Asesorías	Respecto a 2002
Sexología	139	530	32	↓ 3,2%
Programa Joven				
Ginecología (total)		580		↑ 2,1
Información	249	266		↓4,6

Fuente. Andraize. Memoria de actividades 2003.



Además de estos centros, en Navarra existen varias organizaciones que actúan en el medio de la prostitución (Tabla 48), aunque no existe una red como tal, si se da un cierto nivel de coordinación entre algunas de ellas. A nivel estatal, en el año 2001 comenzó a gestarse una experiencia asociativa que agrupaba a diversos grupos distribuidos por distintas Comunidades Autónomas y que se ha consolidado en la denominada “Red estatal de organizaciones y proyectos sobre prostitución (ROPP)” que en marzo de 2002 agrupaba a cerca de 50 instituciones.

**Tabla 48.** Recursos asistenciales en prostitución en Navarra.

Organización	Naturaleza	Área de actuación	Población diana
Programa de atención sociosanitaria a prostitución	Iniciativa privada concertada públicamente con el Departamento de Salud	Navarra	- Prostitución femenina en clubs y pisos - Varones y transexuales - Atención a clientes (a demanda)
Comisión ciudadana anti-SIDA	Iniciativa social con financiación mixta	Pamplona	- Población general - Prevención SIDA
Centro Betania	Eclesial, con financiación privada	Pamplona	- Prostitución femenina marginal - Transexuales
Voluntariado de Villa Teresita	Eclesial, con financiación privada	Pamplona	Prostitución femenina marginal (calle)
Asociación de ayuda en carretera (DYA)	Iniciativa social con financiación mixta	Pamplona	Prostitución femenina marginal (calle) y personas sin techo

Fuente: Varios colectivos. “El oficio de la prostitución en Navarra: estigmas y modo de vida” Navarra 2003.

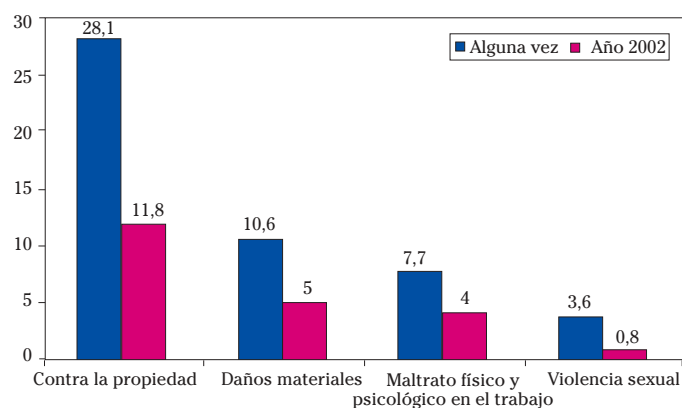
## VIOLENCIA Y COMPORTAMIENTOS ANTISOCIALES Y DELICTIVOS EN JÓVENES

### Situación

La V Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003, investiga las infracciones y delitos cometidos por el colectivo joven de 15-29 años así como aquellos de los que son víctimas.

El 37% de los jóvenes ha sido víctima de algún suceso “alguna vez en su vida”, un 17,8% cuando se trata de hechos ocurridos en el año 2002.

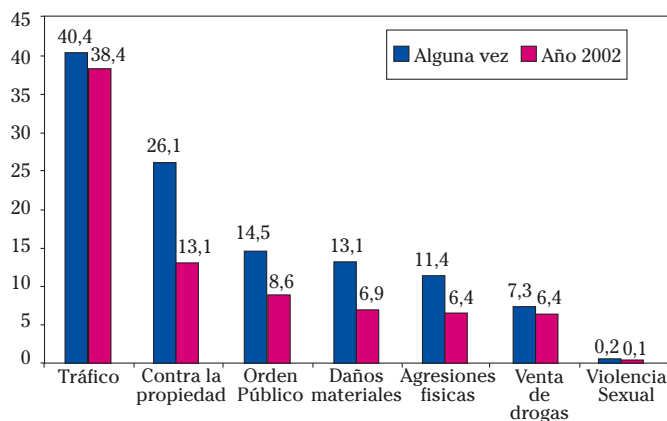
Lo más frecuente son hechos contra la propiedad y los daños materiales en sus propiedades (Fig. 45).



**Figura 45.** Incidencia de hechos violentos sufridos alguna vez en la vida y en 2002 según tipo de hecho (%).

Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003.

El 56,3% ha cometido alguna vez algún hecho antisocial o delictivo, 50,2% el último año, lo más frecuente son infracciones contra la seguridad del tráfico en un 40,4 y 38,4% respectivamente. El siguiente delito en importancia numérica son los hechos contra la propiedad, su frecuencia es mucho menor, un 26,1 y un 13,1 respectivamente (Fig. 46). El número de casos en hombres es mayor que en mujeres.



**Figura 46.** Incidencia de hechos violentos cometidos alguna vez en la vida y en 2002 según tipo de hecho (%).

Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003.

El control penal es la restricción de libertades y la aplicación de penas por la comisión de hechos delictivos. Es la delincuencia oficial, o la manifestada, diferente de la delincuencia real, que se estima que en algunos delitos sólo representa el 10% de la real.

Un 9,3% de jóvenes han sido “alguna vez” objeto de intervención por parte de alguna o varias de las instancias de control penal, un 5,3% en el año 2002. Las retenciones por la policía son el acto más frecuente, lo han sufrido “alguna vez” el 8,3% de jóvenes y el 4,9%, en el año 2002, año anterior a la realización de la encuesta. En segundo lugar con una frecuencia mucho menor están las detenciones por la policía, 3,1 y 1,2% respectivamente (Tabla 49). Los hombres son objeto de dichas intervenciones más veces que las mujeres. Las diversas policías son la instancia penal que más interviene en el control de las personas jóvenes.

**Tabla 49.** Porcentaje de jóvenes sometidos a instancias de control penal según tipo de instancia.

Tipo de intervención/Instancia	“Alguna vez” En 2002	
Llevado al Juzgado (Tribunal) de Menores	0,9	0,4
Estancia en centro dependiente del Tribunal de Menores	0,2	0,2
Retenido por las Policías	8,3	4,9
Detenido por las Policías	3,1	1,2
Llevado ante el Juez, sin juicio posterior	1,4	0,7
Ha tenido juicio	2,0	0,6
En la cárcel como preventivo	0,3	0,2
En la cárcel cumpliendo condena	0,1	0,1

Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003.

### Actuaciones

No se tiene conocimiento de que haya actuaciones específicas desarrolladas para intervenir sobre esta problemática

### **Violencia escolar. Bullying**

#### **Situación**

El acoso entre iguales o *bullying* se caracteriza por la agresión repetida que se ejerce sobre una víctima que se encuentra en situación de desigualdad e indefensión. La agresión es en unos casos física, en otros verbal, psicológica o social.

La Institución del Defensor del Pueblo realizó en 1999 una investigación sobre incidencia de violencia escolar en España. Se estudiaron 13 con-

ductas de agresión entre iguales, en una muestra de 3.000 alumnos de ESO (12-17 años) pertenecientes a 300 centros escolares situados en todo el territorio español. Los resultados del estudio muestran que la agresión verbal es el tipo de maltrato sufrido por los alumnos, que presenta mayor incidencia, independientemente de la frecuencia con que lo hayan sufrido (“a veces me ocurre” y “en muchos casos me ocurre”). En torno a un tercio de los escolares dicen haber sido víctimas ocasionales de esta violencia (Tabla 50).

**Tabla 50.** Incidencia de los comportamientos de maltrato sufridos por las víctimas según tipo y frecuencia del mismo.

	A veces me ocurre		Me ocurre en muchos casos	
	N	%	N	%
Agresiones verbales				
• Me insultan	881	33,8	121	4,7
• Hablan mal de mí	818	31,2	98	3,7
• Me ponen motes	820	30,1	194	7,1
Exclusión social				
• Me ignoran	366	14,0	23	0,9
• No me dejan participar	239	8,9	50	1,9
Agresiones físicas indirectas				
• Me esconden cosas	543	20,0	49	1,8
• Me roban cosas	184	6,4	24	0,9
• Me rompen cosas	119	4,1	9	0,3
Amenaza y chantaje				
• Me amenazan para meterme miedo	238	8,5	32	1,2
• Me obligan a hacer cosas	22	0,7	2	0,1
• Me amenazan con armas	17	0,6	3	0,1
Agresiones físicas				
• Me pegan	116	4,1	19	0,7
Acoso sexual				
• Me acosan sexualmente	17	0,6	10	0,3

Fuente: Incidencia de violencia escolar. Defensor del pueblo.

Las conductas que ponen de manifiesto un maltrato mediante exclusión social presentan una moderada incidencia. Un 14% manifiesta que ha sido ignorado alguna vez y un 9% que no se les deja participar.

Las manifestaciones de agresión física indirecta presentan diferentes incidencias. Las conductas de romper y robar cosas se sufren con muy

poca frecuencia (4 y 6%), mientras que un 20% de los estudiantes encuestados manifiestan que sus compañeros les esconden cosas.

Los comportamientos de amenaza y chantaje son poco frecuentes excepto el caso de amenaza para meter miedo que es sufrido alguna vez por un 8,5% de los estudiantes.

La agresión física, el ser pegado por sus compañeros es sufrido alguna vez por el 4% de los estudiantes, un 0,7% lo sufre en muchas ocasiones.

La incidencia de cada tipo de maltrato según declaración de los agresores muestra pequeñas diferencias respecto a las declaraciones de las víctimas. Se mantienen en primera posición las agresiones verbales y de exclusión social con una incidencia superior a la relatada por los agredidos. Las agresiones físicas que se realizan ocasionalmente también son más frecuentes, siendo un 6,6% los estudiantes que manifiestan que pegan a veces (Tabla 51).

**Tabla 51.** Incidencia de los comportamientos de maltrato declarados por los agresores según tipo y frecuencia del mismo.

	A veces me ocurre		Me ocurre en muchos casos	
	N	%	N	%
Agresiones verbales				
• Insulto	1.066	40,9	119	4,6
• Hablo mal	923	35,3	84	3,2
• Pongo motes	895	32,9	137	5,0
Exclusión social				
• Ignoro	917	35,1	95	3,6
• No dejo participar	314	11,7	57	2,1
Agresiones físicas indirectas				
• Escondo cosas	332	12,2	34	1,3
• Robo cosas	36	1,3	6	0,2
• Rompo cosas	35	1,2	3	0,1
Amenaza y chantaje				
• Amenazo para meter miedo	189	6,8	18	0,6
• Obligo a hacer cosas	8	0,3	4	0,1
• Amenazo con armas	10	0,3	3	0,1
Agresiones físicas				
• Pego	189	6,6	18	0,6
Acoso sexual				
• Acoso sexualmente	15	0,15	2	0,1

Fuente: Incidencia de violencia escolar. Defensor del pueblo.

Respecto a otras variables de interés destacan los siguientes resultados:

- La variable género muestra diferencias en algunas conductas poniendo de manifiesto en esos casos que los chicos agreden y son agredidos en más ocasiones, excepto en el caso de hablar mal.
- El curso/edad es una variable muy importante. Las agresiones son significativamente más frecuentes en primer curso (1º de ESO) y la misma tendencia se observa en el segundo (2º de ESO).
- Las variables Comunidad Autónoma y tipo de hábitat no son significativas en el estudio del maltrato entre iguales.
- La diferencia entre titularidad pública y privada de los centros se manifiesta en muy pocos casos y cuando aparece es en el sentido de que determinados tipos de agresiones son menos frecuentes en los centros públicos.

Se han realizado otras investigaciones en España y en otros países europeos pero la metodología tan diferente (cuestionarios, cursos estudiados, diseño) dificulta la comparabilidad de los resultados de las mismas sobre todo en lo referente a las cifras de incidencia estimadas. Respecto a otras variables como género y curso escolar los resultados son bastante coincidentes con el estudio comentado. Las formas de maltrato más comunes son en estos otros estudios, en primer lugar el de tipo verbal, seguidos por el abuso físico y el aislamiento social, modalidad esta última de maltrato que no siempre ha sido investigada lo mismo que las amenazas con armas y el acoso sexual.

### **Actuaciones**

El Departamento de Educación del Gobierno de Navarra está actualmente elaborando un Plan global e integral contra el *bullying* además de tomar las siguientes medidas para afrontar el problema:

- Fomento en los centros de la educación transversal en valores.
- Creación del Asesor de convivencia: responsable de coordinar supervisar y atender la demanda urgente generada por este problema.
- Formación de profesorado
- Realización de una campaña de sensibilización dirigida a los alumnos, las familias y la sociedad.

### **Violencia de género**

#### **Situación**

En el año 2002, según la información aportada por los cuerpos y fuerzas de seguridad se contabilizaron en Navarra un total de 640 denun-

cias por malos tratos y/o agresiones sexuales (Tabla 52), un 0,3% más que el año anterior.

**Tabla 52.** Denuncias policiales por malos tratos y/o agresiones sexuales según tipo de denuncia.

Malos tratos físicos	Malos tratos psíquicos	Malos tratos físicos psíquicos	Abusos sexuales	Agresiones sexuales	Acoso sexual	Amenazas	Abandono familiar	Otros	Total
175	100	200	17	61	1	24	3	59	640

Fuente: Instituto Navarro de la Mujer. Memoria 2002.

El Servicio de Atención Jurídica a la mujer ha realizado en el año 2002, 454 intervenciones, de ellas, el 60% son asistencias de urgencia.

En el centro de urgencias 24 horas se han atendido 119 mujeres en el año 2002. En la casa de acogida en el mismo año se han atendido 17 mujeres.

### Actuaciones

En el año 2002, se dio un paso importante para el tratamiento integral conjunto y protocolizado de los problemas derivados del maltrato doméstico y de las agresiones sexuales. Tras unas sesiones de trabajo coordinadas desde el Gabinete de Presidencia del Gobierno de Navarra en las que participaban responsables de diversos Departamentos del Gobierno y cuerpos de seguridad, se alcanzó un Acuerdo Interinstitucional para la Atención Integral a las Víctimas del Maltrato Doméstico y/o Agresiones Sexuales. Se aprobó también un Protocolo de Actuación para la Atención Integral y más concretamente una guía práctica de actuación del Consejo General del Poder Judicial y un Protocolo de Actuación Sanitaria que incluye recomendaciones para la actuación de los sanitarios en las situaciones de urgencia y para la intervención en Atención Primaria. Este Acuerdo lleva consigo la formación de una Comisión de Seguimiento, que a su vez funciona mediante subcomisiones para el trabajo y el estudio de temas específicos, entre ellas la de salud.

El Instituto Navarro de la Mujer ha desarrollado una campaña de información, sensibilización y formación sobre el Acuerdo y los protocolos dirigida a la sociedad en general y a los profesionales implicados en la intervención sobre los casos de violencia, en este último caso en colaboración con las instituciones implicadas.

Se han creado recursos específicos para la atención a las mujeres víctimas de malos tratos y/ o agresiones sexuales:

- El Servicio de Atención Jurídica a la Mujer que viene funcionando desde 1998. Ofrece tres tipos de servicios:
  - Asistencia permanente a través de guardia permanente localizada para las situaciones urgentes.
  - Asesoramiento jurídico generalizado que aborda las diferentes demandas de información.
  - Servicio de formación para la impartición de cursos, charlas etc. demandados por asociaciones de mujeres o entidades locales.
- Centro de Urgencia: ofrece acogida y alojamiento con carácter de inmediatez y urgencia a mujeres solas y/o con menores para garantizar su seguridad. El centro dispone de 12 plazas. El tiempo de estancia es de una semana con carácter ordinario y de un mes con carácter extraordinario. De las 119 mujeres atendidas en el año 2002, la mitad eran extranjeras, la edad media de 32 años y en un 52% de los casos no disponían de ningún ingreso económico propio. La estancia media ha sido de 12,7 días y la ocupación del centro un 66,3%
- Casa de Acogida. Como el anterior acoge a mujeres solas y/o con sus hijos menores. Ofrece un espacio de acogida, información, diagnóstico, tratamiento de déficits sociales de apoyo y acompañamiento dirigido a la incorporación social de las mujeres. Dispone de 12 plazas. El tiempo de estancia es de 6 meses.
- Otras actividades específicas:
  - Programa formativo para la prevención y erradicación de conductas violentas contra la mujer en la población inmigrante. El programa ha sido desarrollado por Cáritas, en Pamplona y otras localidades de la zona media y ribera de Navarra, alcanzando a 51 parejas.
  - Formación sobre violencia de género dirigida a Atención Primaria. Se vienen realizando actividades formativas dirigidas a agentes de atención primaria de servicios sociales, servicios de salud y servicios municipales de atención a la mujer para profundizar en cuestiones relacionadas con la violencia de género.

### ***Violencia en personas mayores***

#### **Situación**

En el ámbito internacional en general y en el europeo en particular, los conocimientos epidemiológicos sobre este problema son muy limitados; los estudios realizados son dispersos y nada homogéneos en cuanto a la definición de maltrato, el tipo de muestra elegida y la magnitud de la misma. Diferentes encuestas realizadas en Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Suecia o Finlandia refieren una tasa de abusos que se sitúa entre



el 2 y el 10%. Los mismos estudios describen que entre los ancianos maltratados, el maltrato físico es el predominante, 64% del total. Entre un 20 y un 40% son casos de maltrato psicológico y entre un 12 y un 18% el maltrato es una violación de sus derechos. En el caso del maltrato institucional hay un estudio relevante anglosajón basado en la información que proporcionan los propios profesionales, un 36% de ellos refiere haber observado maltrato físico y un 10% confiesa haberlos cometido. En cuanto al maltrato de tipo psicológico un 81% de los profesionales afirman haberlo observado y un 40% dicen haberlo cometido.

En España el estudio sobre los abusos cometidos contra ancianos tiene una historia reciente. En 2001 se publicó una investigación sobre malos tratos en el hogar. Se entrevistó a los auxiliares domiciliarios que atienden a 2.351 personas ancianas en municipios del País Vasco, Andalucía y Canarias. Se detectó una tasa de maltrato de un 4,7%. Se observó un predominio de la negligencia en el trato frente a los malos tratos propiamente dichos y en cuanto a la autoría de los actos, se vio que más de la mitad de los casos el maltrato había sido perpetrado por los hijos e hijas biológicos y políticos.

### **Actuaciones**

No se tiene conocimiento de que haya actuaciones específicas desarrolladas para intervenir sobre este problema.

### ***Violencia en menores***

#### **Situación**

La incidencia de los malos tratos en menores es desconocida. Algunos autores piensan que sólo se detecta entre el 10-20% de los casos existentes y se ha estimado que la tasa de incidencia estaría entre el 5 y el 15% de los menores de 18 años.

### **Actuaciones**

Las administraciones municipales y la administración del Gobierno de Navarra tienen estructuras para la atención a la infancia y a la adolescencia en dificultad, que trabajan de manera coordinada. Son los Servicios Sociales de Base y la Sección de Protección del Menor (Negociado hasta 1994) de la Dirección General de Familia del Departamento de Bienestar Social Deporte y Juventud. Además, en Pamplona y Estella existen unas estructuras intermedias de apoyo, los Equipos de Atención a la Infancia y a la Adolescencia en Dificultad Social.

La Sección de Protección del menor tiene tres programas de actuación que desarrollaron las siguientes actividades en 2003:

- Programa de Intervención Familiar. La intervención se hace mediante educadoras familiares. Se atendieron 104 menores y 49 fa-

milias. En 2003, se inició un programa de Educación en adolescentes que intervino en 11 jóvenes y sus familias.

- Programa de Acogida Familiar. Se facilita al menor un entorno familiar diferente al de su origen. Las familias acogedoras pueden ser externas o la familia extensa. En 2003, había 191 menores en Acogimiento Familiar.
- Programa de Acogida Residencial. En 2003 había 138 menores en Acogimiento Residencial.

### ACTUACIONES GLOBALES DESARROLLADAS PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

El Departamento de Salud hace anualmente una convocatoria de subvenciones a otras instituciones y programas de salud, que incluye una línea específica dedicada a “Desarrollo de programas de prevención de otras conductas de riesgo y promoción de salud”. En los últimos 5 años se ha duplicado el número de proyectos subvencionados y el montante económico de los mismos. En el año 2003, se han subvencionado 65 proyectos con una cantidad total de 196.279 euros (Tabla 53).

**Tabla 53.** Proyectos y subvenciones correspondientes a programas de prevención y promoción de salud.

	Subvención en euros	Proyectos subvencionados
Año 1999	90.161	35
Año 2000	81.501	20
Año 2001	135.248	34
Año 2002	134.779	58
Año 2003	196.279	65

Fuente: Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de Salud del Instituto de Salud Pública.

Se han desarrollado además actuaciones globales dirigidas a la promoción de los comportamientos saludables desde el Instituto de Salud Pública y más concretamente desde la Sección de Intervenciones Poblacionales y de Promoción de Salud, que tiene encomendada la función de “promover estilos de vida saludables en la población en general y en grupos vulnerables en particular”.

Han sido actividades dirigidas a población general o a grupos especialmente vulnerables en unos casos y en otros; acciones de impulso y apoyo a una amplia gama de agentes de la salud fundamentalmente en dos ámbitos, el de los servicios sanitarios, principalmente de atención primaria y el ámbito escolar.

***Actividades dirigidas a población general. Transiciones vitales***

Las transiciones vitales tienen en cuenta el recorrido de la vida y las interacciones entre acontecimientos vitales, riesgos biológicos y determinantes de la salud. Una perspectiva centrada en el transcurso de la vida garantiza según la OMS (Salud 21, 1999) mejores resultados sanitarios para toda la población a medio y largo plazo.

***Infancia y adolescencia***

Garantizar un comienzo sano de la vida y promover el desarrollo de recursos y capacidades sociales y sanitarias en la edad preescolar e inicio de la edad escolar constituye un planteamiento básico de la Promoción de la salud y hace parte de los objetivos de Salud para todos en el siglo XXI.

Se ofrece apoyo a servicios sanitarios, centros escolares y grupos de la comunidad para la realización de actividades y proyectos de promoción y educación para la salud en la infancia y adolescencia.

Se dispone de materiales de apoyo dirigidos tanto a profesionales como a usuarias y usuarios que periódicamente se reeditan y distribuyen:

- Materiales para profesionales: Guía de Salud y Desarrollo personal para trabajar con adolescentes.
- Folletos para población: Calendario del desarrollo del niño y de la niña de 0 a 18 meses.

***Educación parental***

La relación parental tiene una influencia decisiva en la salud y el bienestar de los hijos e hijas. Los padres tienen necesidades de capacitación en relación con los estilos educativos y necesidades de formación específica en estilos de vida saludables (alimentación, higiene, ejercicio físico, sexualidad, etc.) y otros temas.

El trabajo en Educación Parental se centra en el apoyo a centros, servicios y organizaciones para la realización de proyectos y actividades de educación parental con madres y padres.

Se realizan diferentes actividades:

- Formación. Realización de un Curso de Contenidos Psicosociales en Salud dirigido a profesionales de los centros de salud.
- Elaboración, edición y distribución de materiales de apoyo. Guías de Educación Parental para trabajar con madres y padres y material Educar en Salud que incluye una experiencia modelo para trabajar este tema.
- Apoyo y Asesoramiento a los profesionales de los servicios sociales y sanitarios, centros educativos y asociaciones de padres

y madres (APYMAS) para realizar proyectos y actividades de educación parental.

El trabajo realizado en esta área por las APYMAS, el Departamento de Educación y Cultura y el Ayuntamiento de Pamplona es muy importante.

### *Mujeres en la perimenopausia*

La perimenopausia constituye para las mujeres una etapa vital de especial riesgo y vulnerabilidad en relación con la morbimortalidad a corto, medio y largo plazo: cardiovasculares, cánceres, morbilidad ginecológica y morbilidad en salud mental

En relación con la situación y necesidades de salud detectadas, se pretende favorecer el trabajo educativo con mujeres en esta etapa sobre diversos temas: cambios que se producen, menopausia, alimentación, ejercicio físico, autoestima, manejo de emociones, relaciones, ocio y tiempo libre, proyecto de vida. Se realizan diferentes actividades:

- Formación específica. Curso de Educación para la Salud en la madurez /perimenopausia, dirigido a matronas.
- Elaboración, edición y distribución de materiales de apoyo para profesionales: En la madurez... Guía educativa para promover la salud de las mujeres, Educar en Salud que incluye una experiencia-modelo para trabajar el tema.
- Apoyo y asesoramiento a los profesionales y grupos de la comunidad para realizar proyectos de educación sanitaria en perimenopausia.

### *Envejecer en buena salud*

En la vejez, muchas personas mayores permanecen activas y totalmente independientes hasta casi el final de sus días, aunque existen múltiples amenazas, pero otras personas viven una vejez muy complicada.

La Organización Mundial de la Salud plantea la importancia de aumentar los esfuerzos para satisfacer las expectativas y necesidades cambiantes de las personas mayores y estar preparados para hacer frente a una Europa cada vez más envejecida.

Se ha elaborado y distribuido un cuaderno de información y autoformación "Envejecer con salud" dirigido a personas en proceso de envejecimiento.

### *Cuidar y cuidarse. Las personas dependientes y las personas cuidadoras*

Se está incrementando de manera progresiva el número de personas dependientes que necesitan cuidados. Cuidar supone siempre una so-

brecarga física y emocional, disminuye el tiempo disponible para otras actividades y suele constituir una situación de crisis psicosocial.

El abordaje en relación con el “Cuidar y Cuidarse” se inició en 2001 y se centra en acciones de apoyo a intervenciones educativas.

Se han realizado diferentes actividades:

- Elaboración y distribución de un folleto de información y autoformación dirigido a personas cuidadoras “Cuidar y cuidarse”.
- Desarrollo de una Jornada sobre Cuidar y Cuidarse, con la participación de profesionales de los servicios sanitarios y sociales y de asociaciones que realizan trabajo educativo con personas cuidadoras.
- Organización de las Jornadas ¿Quién cuida a las cuidadoras?, conjuntamente entre el Departamento de Salud y el Instituto Navarro de la Mujer dirigido a profesionales y agentes implicados.

#### **Actividades en los servicios sanitarios**

- Formación de profesionales y agentes de salud en metodología básica de Educación y Promoción de Salud. En los últimos años el mayor esfuerzo se ha centrado en la formación para Programa de Ayuda a Dejar de Fumar, con la realización de una Jornada de Actualización y Cursos de Formación en Metodología de Educación para la Salud Individual y Grupal orientados a Dejar de Fumar, aunque la formación capacita para el trabajo educativo sobre otros temas y con otras personas y grupos.
- También se ha hecho formación sobre Metodología en Educación para la Salud Grupal dirigida a profesionales de los centros de salud, a Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y a otros agentes: profesionales de Instituciones Penitenciarias, Sindicalistas de los servicios de prevención de salud laboral y Mediadores gitanos.
- Mantenimiento de un Banco de proyectos de Educación para la Salud/Promoción de Salud que incluye un Centro de Documentación y un banco de experiencias y proyectos de Educación para la Salud realizados fundamentalmente por Equipos de Atención Primaria sobre diferentes temas (alimentación, ansiedad, cuidados del niño, menopausia). Los materiales y experiencias se envían como guías para la programación, realización y evaluación de sesiones educativas y posibilita el intercambio de información entre centros y servicios.
- Elaboración y distribución de material de apoyo: el cuadernillo “Estilos de vida. Experiencias de Estilos de vida: Experiencias de Educación para la salud con grupos en Atención Primaria”, diri-

gido a profesionales de la salud, recoge experiencias de diversos centros y proporciona ayuda para la programación y realización de actividades grupales.

### **Actividades en el ámbito educativo**

En 1994 se estableció un acuerdo de colaboración entre los Departamentos de Salud y de Educación y Cultura para el desarrollo de la educación para la salud y la promoción de salud en el ámbito escolar. Desde entonces las líneas de trabajo prioritarias han sido:

- Salud y desarrollo personal en la infancia y adolescencia. Este programa tiene como objetivo favorecer el trabajo educativo sobre distintos temas en el ámbito escolar y otros (ocio y tiempo libre, ONG...).
- Escuelas Promotoras de Salud. La OMS Europa, la UNESCO y otros organismos internacionales han impulsado una estrategia que pretende facilitar a los centros docentes su desarrollo como "Escuelas Promotoras de Salud". Navarra pertenece a la red europea que incluye al Estado Español y a sus distintas CCAA, aportando a la red 9 comunidades escolares, aunque existen otras muchas que trabajan en este sentido.

Las actividades desarrolladas en los últimos años han sido:

- Elaboración conjunta de los Departamentos de Salud y de Educación del folleto "La Promoción de Salud en los Centros Escolares". Distribución en centros sanitarios, de servicios sociales y educativos.
- Creación y participación en la Comisión de Coordinación Autonómica y en el Grupo técnico de seguimiento, centrados en las convocatorias de integración en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud para los centros de enseñanza no universitaria (Resolución 701/2002, de 12 de septiembre; Resolución 178/2003 de 14 de marzo), en la revisión y selección de proyectos presentados, en la definición de estrategias de apoyo y en el apoyo a centros.
- Inicio de un acuerdo entre el Instituto de Salud Pública y la Universidad Pública de Navarra para el desarrollo de la Universidad como Universidad Promotora de Salud.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Avilés Martínez JM. Bullying, intimidación y maltrato entre el alumnado. STE-EILAS, 2003.
- Bazo, MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36: 8-14.

- Centro de documentación de drogodependencias. Observatorio vasco de drogodependencias. Alcohol y drogas entre escolares 21 años después. Boletín 94. Marzo 2003.
- Cáritas Diocesana de Pamplona. La prostitución en Navarra: Una mirada desde la investigación y la experiencia. 2001.
- Dávila, Pilar; Axel-Sven Mansson. Simposio internacional sobre prostitución y tráfico de mujeres con fines de explotación sexual. Madrid. Junio 2000.
- Defensor del Pueblo. Informe del defensor del pueblo sobre violencia escolar 1999. <http://www.defensor-delpueblo.es>.
- Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. ¿Cómo estamos de Salud? Encuesta de salud Navarra 1990-1991.
- Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. ¿Cómo estamos de Salud 2000?
- Estudio Prospectivo Europeo sobre Dieta y Cáncer (EPIC) en Navarra. <http://www.epic-spain.com/navarra2.html>.
- Fundación Bartolomé de Carranza. IV Encuesta sobre la Juventud de Navarra 1998.
- Fundación Bartolomé de Carranza. V Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003.
- Hernández Velasco I. Un millón de hombres al día va de prostitutas. El mundo 27/diciembre/1996 (Sociedad 26).
- Instituto de Estadística de Navarra. Encuesta de Condiciones de Vida de la Población de Navarra en 2001.
- Instituto de la Mujer. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Memoria 2002.
- Larrión Zugasti JL, De Paúl Ochotorena J. El síndrome del anciano maltratado. Med Clin 1992; 102: 216-219.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. [http://www.msc.es/Diseno/sns/sns\\_sistemas\\_informacion.htm](http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2003. Avance de resultados. [http://www.msc.es/Diseno/sns/sns\\_sistemas\\_informacion.htm](http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm).
- OCDE ECO Salud 2003. Análisis comparativo de 30 países. cd-rom
- OCDE ECO Salud 2004. Análisis comparativo de 30 países. cd-rom
- Organización Mundial de la Salud. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. 1998.
- Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos 1999.
- PAPPS Grupo de Salud Mental. Malos tratos a la infancia.

- Plan foral de drogodependencias. Departamento de Salud, Servicio Navarro de Salud. Memoria 2002.
- Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo Encuesta Domiciliaria de Consumo de Drogas. 2001. <http://www.mir.es/pnd/>.
- Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo Encuesta Escolar de Consumo de Drogas. 2002. <http://www.mir.es/pnd/>.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA e Instituto Nacional de Estadística. Salud y hábitos sexuales. Cifras INE 4/2004.
- Servicios sociales del Ayuntamiento de Pamplona. Programas sectoriales. Jornadas Municipales sobre el Maltrato a la infancia. Pamplona 1999.
- Varias organizaciones. El oficio de la prostitución en Navarra: Estigmas y modos de vida. 2003.



## SERVICIOS SANITARIOS

### ATENCIÓN PRIMARIA

*Javier Apezteguía Urroz<sup>1</sup>, Ander Arrazola Aranzadi<sup>2</sup>*

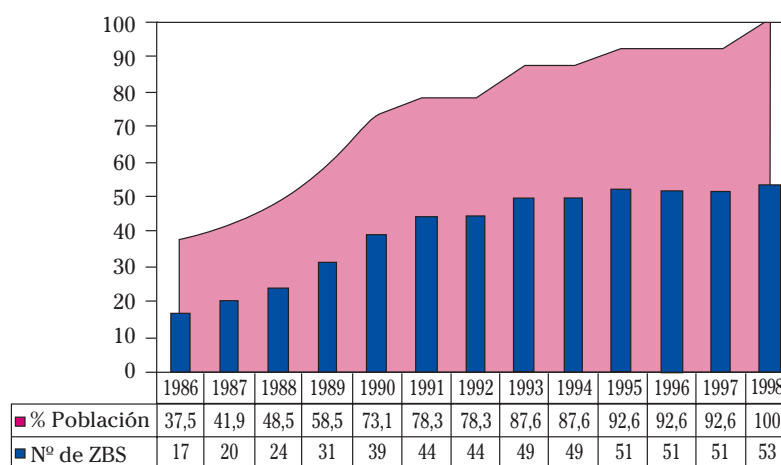
#### INTRODUCCIÓN

A finales de 1998 se culmina en Navarra el proceso de implantación del nuevo modelo de atención primaria iniciado en 1986 a partir de la promulgación del Real Decreto 137/1984 de estructuras básicas de salud y de la Ley Foral 22/1985 de Zonificación Sanitaria. A lo largo de ese período, los cambios habidos en la estructura de la atención primaria de Navarra han sido muy importantes. La propia dependencia de los centros y del personal sanitario ha cambiado en estos años. Así, la asistencia sanitaria ha sido responsabilidad de la Administración Local a lo largo de la historia, siendo los partidos sanitarios (médico, veterinario o farmacéutico) las demarcaciones territoriales en las que se han desarrollado las actuaciones de los profesionales sanitarios en el medio rural. En cambio, en el medio urbano los servicios asistenciales desarrollados a partir de los años cuarenta han sido servicios dependientes de la Administración de la Seguridad Social y más concretamente gestionados por el INSALUD en los últimos años. Tras la transferencia de funciones y servicios (1 de Enero de 1991), la responsabilidad del funcionamiento de los servicios de atención primaria de todo el territorio recae en la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, organismo

- 
1. Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información de la Dirección de Atención Primaria.
  2. Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

autónomo gestor de los servicios sanitarios dependientes del Gobierno de Navarra.

Estos 12 años se han caracterizado por la existencia de fuertes inversiones en centros y recursos humanos. En una primera etapa, se pusieron en marcha numerosas zonas básicas de salud principalmente situadas en el medio rural. A partir de 1991, con una cobertura superior ya al 78% de la población, la implantación se ha ido completando con la puesta en marcha de los Centros de Salud urbanos de Pamplona (Fig. 47).



**Figura 47.** Evolución de la implantación de Zonas Básicas en Navarra.

Fuente: Elaboración propia. Sección de Planificación y Evaluación.

También ha sufrido un importante cambio la tipología de profesionales presentes en los centros de atención primaria. Los nuevos médicos generales que se incorporan son especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria; con la implantación se van haciendo presentes por toda la geografía profesionales como los pediatras que hasta entonces solo ofrecían sus servicios en los centros más urbanos de la Comunidad; los trabajadores sociales, ausentes hasta entonces en el día a día asistencial de los servicios sanitarios primarios, o el personal administrativo, casi inexistente en otras épocas. Así, la plantilla actual es más del doble de la existente en 1986 (Tabla 54). Pero la disponibilidad horaria de esta plantilla es todavía mayor ya que, por ejemplo, en el medio urbano la dedicación laboral de los médicos era de 2,5 horas en consulta (avisos domiciliarios aparte), mientras que ahora viene a ser de jornada completa para casi todos ellos. Además, la forma de trabajo ha cambiado como consecuencia de la aplicación de un modelo común para el ámbito rural y el urbano, con funcionamien-

to en equipo de todos los profesionales vinculados a zonas básicas de salud bajo la dirección de uno de sus miembros.

La mejora de las instalaciones sanitarias permite disponer de centros de salud y consultorios modernos y equipados. Así, en el inventario de recursos materiales realizado en 1986 había 24 centros sanitarios cuyas condiciones físicas permitían su uso como centros de salud, otros 134 con condiciones mínimas aceptables. En la actualidad además de los 54 centros de salud, cabecera de los 54 zonas básicas de salud (ZBS) existentes, existen 100 consultorios donde se pasa consulta todos los días y otros 149 en los que se atiende algunos días de la semana. En todos los casos las condiciones arquitectónicas y de dotaciones de los consultorios están garantizadas.

**Tabla 54.** Disponibilidad de recursos en atención Primaria.

RECURSOS HUMANOS	1986	2003	LOCALES	1986	2003
Médicos	254	412	Centros de Salud	24	54
Enfermería	227	391	Consultorio aceptable (1)	134	
Trabajador Social		34	Otros locales de consulta (2)	79	
Administrativos	¿?	208	Consultorio principal		100
			Consultorio auxiliar		149
Total	481	1045	Total	237	303

(1) Hace referencia a las características físicas y dotacionales.

(2) Consultorios sin material mínimo ni agua corriente. La mayoría de ellos se trata de locales improvisados para consulta.

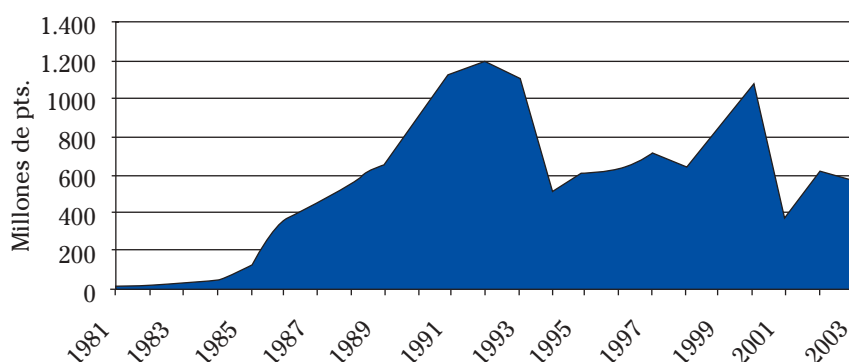
Fuente: Diagnóstico de Salud 1986 (Tabla 65) y Dirección de AP.

Es de destacar el importante esfuerzo económico dirigido a la construcción, adecuación y dotación de centros sanitarios a todo lo largo de la geografía de Navarra, incluidos los barrios y poblaciones urbanas de la comarca de Pamplona (Fig. 48). En todo ese período, la inversión para la edificación y dotación tecnológica y demás ha sido de 78,8 millones de euros (13.107 millones de pts.) equivalente a 145 euros por habitante. Hay que señalar que la inversión realizada incluye la dotación de los 8 centros de salud mental comunitaria existentes en Navarra.

Ya a principios del nuevo milenio, sólo queda por finalizar el Centro de Salud del II Ensanche, mientras que alguno de los centros construidos en los 80 resulta insuficiente para el desarrollo poblacional habido en su entorno por lo que se han iniciado las obras para dotar de nuevos centros a algunas de las ZBS.

Desde 1997, son pocas las normas de ordenación elaboradas por la Administración de Navarra relacionadas con la Atención Primaria. Desta-

camos el DF 241/1998 en el que se regula la libertad de elección de especialistas y ordena la relación con los especialistas y las que afectan a la reordenación de la salud mental, la atención toco- ginecológica y la atención bucodental (Anexo tabla 1).



**Figura 48.** Evolución del gasto en construcción y equipamiento en Atención Primaria.

Fuente: Elaboración propia. Sección de Planificación y Evaluación.

## LOS RECURSOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

### Evolución de la población atendida

Desde 1998, la población con derecho a asistencia sanitaria pública se ha incrementado un 10,22% alcanzando 560.719 personas registradas en la Base de Datos Sanitaria (BDS) a 31 de diciembre de 2003 (Tabla 55).

**Tabla 55.** Distribución de la población por áreas de salud y por tramos de edad. 2003.

	0-14 años	15-64 años	>= 65	TOTAL	
Área de Pamplona	60.244	289.260	68.737	418.241	74,59%
Área de Tudela	11.656	56.605	16.600	84.861	15,13%
Área de Estella	7.292	36.963	13.362	57.617	10,28%
Navarra	79.192	382.828	98.699	560.719	
Distribución %	14,12%	68,27%	17,60%	100,0%	

Fuente Base de Datos Sanitaria, BDS. SNS-O.

El Área de Pamplona concentra el 75% de la población de Navarra. Por grupos de edad hay que destacar que el porcentaje de mayores de 65 años varía entre el 16,43% en el área de Pamplona y el 23,19% en el área de Estella (Tabla 56).

**Tabla 56.** Variación en el porcentaje de la población por áreas de salud y grupos de edad desde 1998 a 2003.

	0-14 años	15-64 años	≥ 65	TOTAL
A. Pamplona	15,65	9,65	8,74	10,33
A. Tudela	16,63	15,55	2,46	12,87
A. Estella	13,42	6,57	0,35	5,86
Navarra	15,59	10,18	6,44	10,22

Fuente: Base de Datos Sanitaria, BDS 1998 y 2003. SNS-O.

Por áreas destacan, Tudela como el área con mayor porcentaje de incremento de población y Estella con un incremento muy por debajo del crecimiento medio de Navarra (Tabla 57).

**Tabla 57.** Variación anual porcentual de la población.

	0-14 años	>de 14 años	TOTAL
1999/1998	0,54	1,49	1,36
2000/1999	2,25	1,82	1,88
2001/2000	3,21	1,73	1,93
2002/2001	5,01	2,04	2,44
2003/2002	3,74	1,98	2,22

Fuente: Base de Datos Sanitaria, BDS. SNS-O.

La media de crecimiento anual es del 2 % aunque los crecimientos de 2002 y 2003 superan esa media y se corresponde de una manera mimética con un mayor registro de personas extranjeras en la base de datos sanitaria.

### Asignación de recursos

En diciembre de 2003, 1.045 profesionales trabajaban en los centros de salud de toda Navarra (Tabla 58). En relación con los profesionales que trabajan en los equipos de atención primaria hay que señalar que su crecimiento global ha ido en paralelo con el crecimiento poblacional aunque existen diferencias según el perfil profesional (Tabla 59 y 60). El crecimiento paralelo de profesionales y de población hace que los ratios permanezcan similares en 1998 y 2003 en todos los tipos de profesionales.

**Tabla 58.** Distribución de los profesionales de los EAP por área de salud y perfil profesional.

	Medicina	Pediatría	Enfermería	Trab. social	Admisión	Total
A. Pamplona	242	65	291	27	159	784
A. Tudela	45	12	54	4	32	146
A. Estella	41	7	46	3	18	115
Navarra	328	84	391	34	208	1.045

Fuente: Dirección de AP. SNS-O.

**Tabla 59.** Variación en porcentaje de profesionales por área de salud y por perfil profesional. Base plantilla de 1998.

	Medicina	Pediatría	Enfermería	Trab. social	Admisión	Total
A. Pamplona	6,51	13,40	11,11	32,50	17,61	11,67
A. Tudela	7,29	33,33	7,14	0,00	31,33	13,29
A. Estella	5,13	40,00	6,98	50,00	20,00	10,58
Navarra	6,44	17,77	10,05	28,85	19,71	11,77

Fuente: Dirección de AP. SNS-O.

**Tabla 60.** Ratios (número de personas por profesional) por áreas de salud y por perfil profesional. Años 1998 y 2003.

	Medicina		Pediatría		Enfermería	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
A. Pamplona	1437	1477	904	922	1.447	1.437
A. Tudela	1552	1625	1110	971	1.504	1.584
A. Estella	1231	1227	1286	1042	1.266	1.253
Navarra	1427	1466	957	939	1.433	1.435

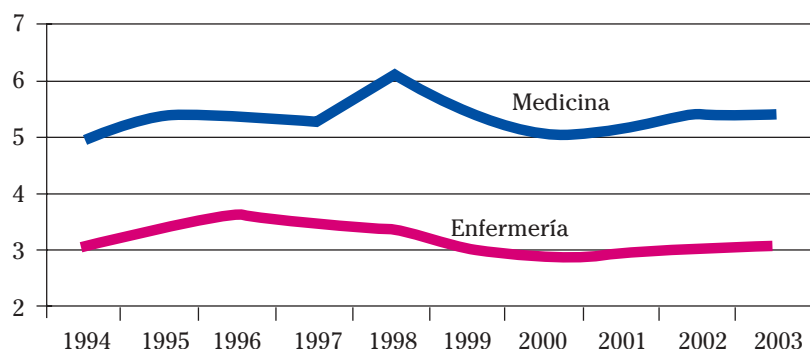
Fuente: Dirección de AP. SNS-O.

## LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

### ¿Cuánto y quiénes utilizan los centros de atención primaria?

**Frecuentación en Atención Primaria** (Consultas / habitantes en un año). La utilización de servicios se ha analizado a partir de los registros de actividad existentes. Según estos, en la actualidad las visitas que se realizan en atención primaria equivalen a 5,4 consultas de medicina general o

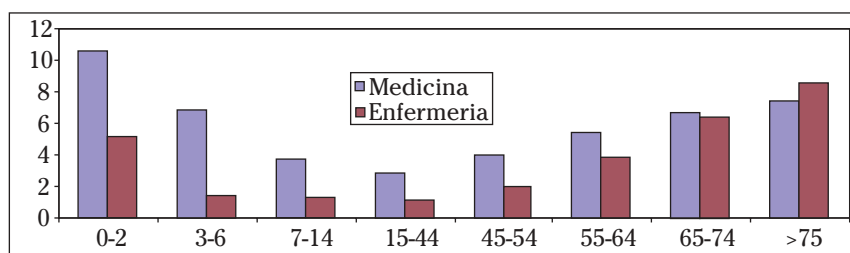
pediatría y 3,1 consultas de enfermería, a lo largo de un año. Estos indicadores permanecen relativamente estables a lo largo del decenio analizado (Fig. 49).



**Figura 49.** Consultas por habitante, año y profesional. 2003.

Fuente: Memorias del SNS-O.

Pero no toda la población consulta a los profesionales de atención primaria con la misma frecuencia. Los recién nacidos hasta los 2 años son quienes con mayor frecuencia acuden al médico, 10,5 consultas al año en promedio, seguido de los de 3 a 6 años y de la población de más edad de la Comunidad, los mayores de 75 años (6,9 y 7,4 veces al año respectivamente). Quienes menos consultan al médico son los adultos jóvenes que lo hacen 2,9 veces al año en promedio (Fig. 50).



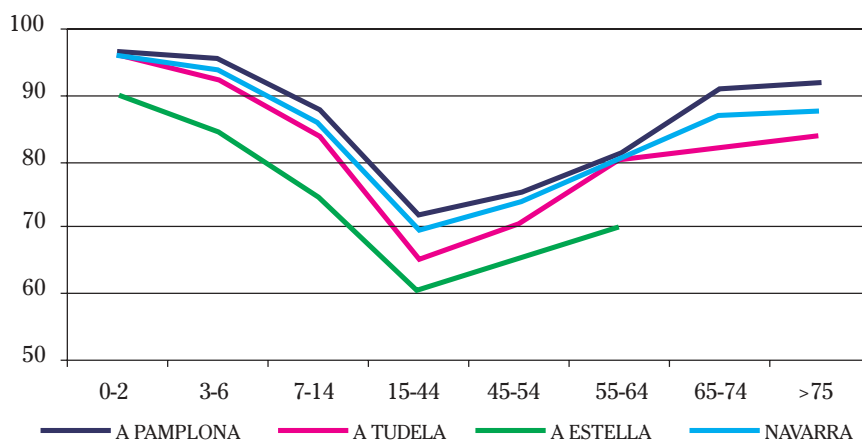
**Figura 50.** Nº de consultas por habitante y año por edad y profesional.

Fuente: Dirección de AP. SNS-O.

Quien más frecuentemente requiere la atención de enfermería es la población de más edad (65 a 74 y los de 75 y más, 8,6 y 6,4 veces) seguidos de los menores de 2 años que acuden 5,1 veces al año.

Desde otra perspectiva, otros sistemas de información disponibles en atención primaria nos permiten avanzar en la caracterización de los usuarios que acuden a los centros, más allá de la cantidad de servicios consumidos.

Así, el **porcentaje de población que acude al menos una vez al año a los centros de atención primaria** es del 90% o superior, en los menores de 15 años y en los mayores de 65 años en el conjunto de Navarra. El intervalo de edad desde los 15 a los 44 años es el que menos acude (70%). El análisis por área de salud nos ofrece un perfil muy parecido. Con unos porcentajes mayores de asistencia en todas las edades en al área de Pamplona y con menor participación en el área de Estella, lo que probablemente sea atribuible a la relativa menor informatización de su red de consultorios (Fig. 51).

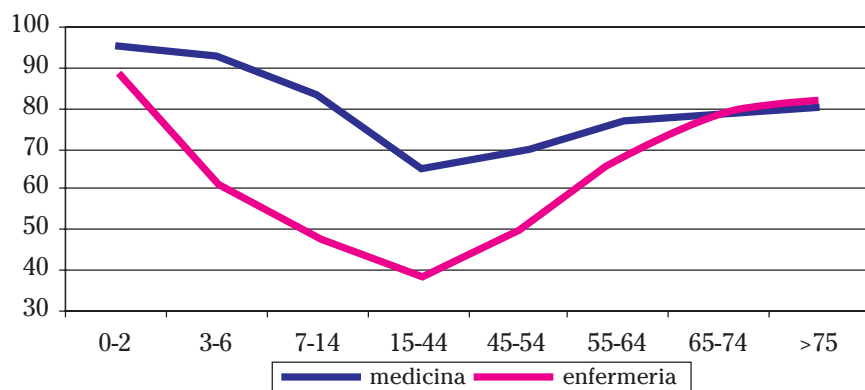


**Figura 51.** Población en porcentaje que acude al menos una vez a los servicios de AP, por área. Navarra 2003.

Fuente: Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de AP. SNS-O.

Estudiando el acceso a los centros de atención primaria por profesional se constata que el perfil de frecuentación al médico se corresponde con el anteriormente descrito y que en el caso de enfermería la alta frecuentación se concentra en los dos primeros años de vida y a partir de los 65 años (Fig. 52). Además del trabajo conjunto de ambos tipos de profesional sobre la misma población, parece evidenciarse que la especificidad de servicios ofertados por cada uno de ellos, sobre todo en los mayores de 65 años, revierte en una mayor cobertura asistencial.

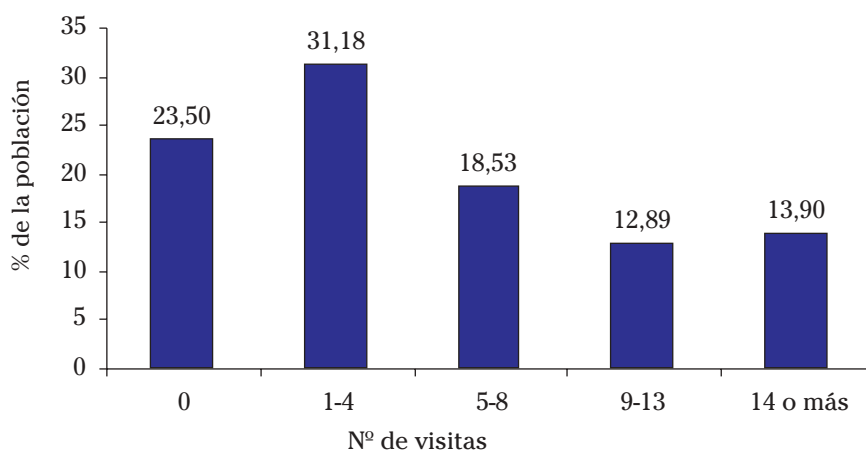




**Figura 52.** Porcentaje de población que acude al menos una vez a los servicios de AP, por tipo de profesional. Navarra 2003.

Fuente: Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de AP. SNS-O.

Si analizamos el **número de veces que la población acude al centro de salud durante un año**, nos encontramos que un 23,50% de la población no ha tenido ninguna visita en un año y en cambio, un 14% han tenido 14 ó más visitas a lo largo del año (Fig. 53). Hay que señalar que el intervalo en el que más se acude es entre 1 y 4 veces, donde se concentra el 31% de los ciudadanos.



**Figura 52.** Distribución de la población según frecuentación en centros de salud.

Fuente: Dirección de AP. SNS-O.

### **Características de la demanda atendida en Atención Primaria**

Para analizar la demanda atendida y la actividad desarrollada desde los centros de atención primaria se ha considerado la actividad de los años 1993 y 2003 y la de cada tipo de profesional. Para hacerlo más comprensible, el total de actividad anual se ha convertido en actividad diaria considerando 245 días de actuación ordinaria.

En la actualidad y en el conjunto de la Atención Primaria de Navarra se atienden 19.392 consultas al día, un 21,6% más que en 1993. El 73% de estas consultas son a iniciativa del ciudadano y se atienden en el centro sanitario. El peso de estas consultas 'a demanda' ha bajado a lo largo de estos 10 años ya que en 1993 representaban el 80,6% de las consultas realizadas. No obstante, el número de consultas 'a demanda' se han incrementado un 9,7%. La actividad programada en el centro asistencial se ha incrementado un 126% respecto a la realizada en 1993, realizándose en la actualidad 4.234 consultas de este tipo (el 21,8% del total actual). Por el contrario, las consultas o actuaciones en los domicilios de los pacientes se han reducido en un 17,4%, siendo en la actualidad unas 1.000 al día, 5,2% del total actual cuando en 1993 representaban el 7,7%. (Tabla 61).

La consulta 'a demanda' donde más se incrementa es en los pediatras y en medicina general. La consulta programada, si bien aumenta en todos los profesionales, donde mayor es este incremento es en enfermería. La reducción de la actividad a domicilio es bastante similar en medicina general y en enfermería.

A pesar de ser numéricamente importantes los cambios de actividad respecto a hace 10 años, no lo son tanto al analizar la evolución de cada tipo de actividad en cada tipo de profesional. Así, en medicina general entonces y ahora 9 de cada 10 consultas se producen 'a demanda' del ciudadano, dejando poco margen a la mejora en el resto de actividades. Dicho de otra manera, el incremento de actividad diaria habida en medicina general, con 1.250 consultas al día más, es consecuencia de 1.030 consultas 'a demanda' más; de 319 consultas programadas más; y de 99 consultas a domicilio menos. Sólo un 20% del incremento de actividad ha tenido carácter programado.

En pediatría los incrementos de la actividad programada y 'a demanda' son muy parecidas. Así, el 17,4% que representaba la actividad programada sobre el total, apenas si se ha modificado en 10 años.

En enfermería, lo más positivo es el fuerte incremento porcentual (un 157%) y absoluto de la actividad programada y un descenso en la actividad a demanda. En cambio, llama la atención las 215 atenciones a domicilio menos en la actualidad en relación con 1993. En su conjunto, el incremento de actividad es del 23% (Tabla 61).

**Tabla 61.** Actividad en centros de salud por tipo de profesional. 1993 y 2003.

	Al día		% de AP		Variación 03/93
	1993	2003	1993	2003	%
<b>Atención Primaria</b>					
A demanda	12.846	14.141	80,5	72,9	10,1
Programada	1.876	4.234	11,8	21,8	125,7
Domicilio	1.232	1.018	7,7	5,2	-17,4
TOTAL	15.953	19.392	100,0	100,0	21,6
<b>Medicina Gral.</b>					
A demanda	8.059	9.089	90	89,1	12,8
Programada	455	774	5,1	7,6	70,2
Domicilio	442	343	4,9	3,4	-22,5
Subtotal	8.956	10.206	100	100	14
<b>Pediatría</b>					
A demanda	1.017	1.655	82,6	81,3	62,8
Programada	214	380	17,4	18,7	78
Domicilio					
Subtotal	1.230	2.036	100	100	65,5
<b>Enfermería</b>					
A demanda	3.682	3.256	65,3	46,9	-11,6
Programada	1.175	3.021	20,8	43,5	157,2
Domicilio	782	666	13,9	9,6	-14,9
Subtotal	5.639	6.942	100	100	23,1
<b>Trabajador Social*</b>	1999	2003	1999	2003	%
A demanda	88	141	68,8	67,8	60,2
Programada	32	59	25	28,4	84,4
Domicilio	8	9	6,2	4,3	1,1
Subtotal	128	208	100	100	62,5

Fuente: Dirección de Atención Primaria.

\* Datos no disponibles para 1993.

Respecto a los trabajadores sociales cabe destacar el incremento del 62,5% en el conjunto de la actividad realizada respecto a la registrada en 1999, siendo mayor el incremento en la actuación programada. De todas formas, 2 de cada 3 atenciones se produce a demanda del ciudadano.

La carga diaria de trabajo ha sufrido modificaciones a lo largo de estos años, tanto en un sentido cuantitativo como cualitativo (Tabla 62). Esta carga ha aumentado en todos los tipos de profesionales. Así mismo, el tiempo de dedicación de los profesionales ha aumentado. En la actuali-

dad, la actividad se centra o se dirige más que antes a problemas de salud, ya que muchas actividades que antes se realizaban en las consultas y que tenían un carácter administrativo, con el desarrollo de la historia clínica electrónica y con la incorporación de nuevas tecnologías ha permitido que se puedan resolver desde las áreas de admisión de los centros de salud, con la participación del personal administrativo.

**Tabla 62.** Comparación de la demanda atendida en AP, 1993 y 2003.

	1993	2003	03/93 en %
<b>Actividad/día</b>			
Medicina General	8.956	10.206	14
Pediatría	1.230	2.036	65.5
Enfermería	5.639	6.942	23.1
<b>Actividad / día / profesional</b>			
Medicina General	28,98	31,1	7.3
Pediatría	17,09	24,1	40.9
Enfermería	15,88	17,8	12.1

Fuente: Dirección de AP. SNS-O.

## PROBLEMAS ATENDIDOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

### Los episodios

El desarrollo informático de los centros de salud alcanza en la actualidad al 75% de los profesionales de atención primaria lo que permite ofrecer prestaciones de más calidad al 80% de la población de Navarra. Entre las mejoras introducidas está el registro de los problemas o de los signos y síntomas por los que consulta la población. La codificación específica de los problemas se realiza utilizando la CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria). Dicha codificación permite recuperar la información de diferentes maneras, en función del análisis a realizar.

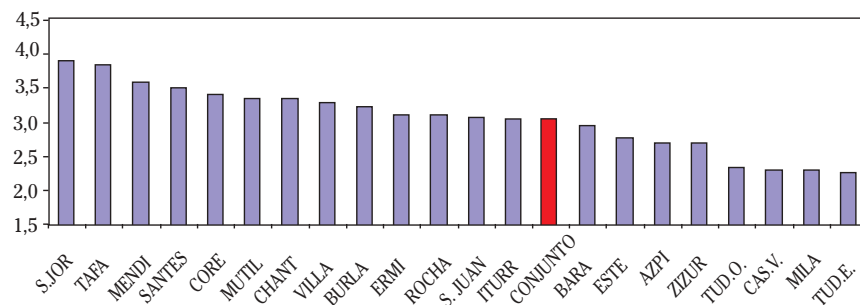
Por otra parte, el sistema de información de atención primaria diferencia los contactos o consultas que los ciudadanos tienen con los profesionales según formen parte o no de un mismo proceso (al que se denomina episodio). Por lo que las consultas sucesivas por una bronquitis crónica serán consideradas partes de un mismo proceso y la consulta inicial y el mismo día por dos problemas no relacionados (diarrea y conjuntivitis, p. ej.) generarán dos episodios.

Así pues, el sistema de información permite presentar la información de la actividad desarrollada y de los problemas atendidos utilizando

los episodios. Estos pueden aparecer siguiendo un orden jerárquico de más a menos desagregados (diferente grado de detalle de lo que incluye el episodio).

Se ha obtenido información que corresponde a 21 centros informatizados que han dispuesto de todos los medios necesarios para la utilización de la historia clínica informatizada, al menos desde otoño de 2002 hasta 31 diciembre de 2003. Los valores de cada centro de salud se han ajustado a un año de actividad. Los 21 centros atienden a 305.000 habitantes (55% de la población) que se caracterizan por su carácter urbano y por ser población más joven que la media de Navarra.

En total se han obtenido en el conjunto de centros 1,8 millones de episodios. Los correspondientes a un año son 939.139, lo que equivale a 3,1 episodio atendido por habitante. El número anual es superior ya que hay que tener en cuenta que muchos de los episodios que se atienden en el nivel primario de atención son crónicos por lo que permanecen en el tiempo independientemente del momento de apertura. Los episodios de tipo crónico pueden llegar a suponer el 10% de los episodios registrados (Fig. 54).



**Figura 54.** Número de episodios atendidos por habitante y año en cada zona de salud.

Fuente: Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de AP. SNS-O.

Ahondando en la distribución del número de episodios por habitante por centro de salud, debemos tener en cuenta que son diversos los factores que a la postre determinan que ese indicador presente valores mayores o menores. Entre los principales consideramos:

- Los relacionados con características de la población tales como: La estructura de edad ya que la población infantil genera más frecuentemente episodios, de carácter agudo, que la población de más edad que se

caracteriza por consultar por patologías crónicas. Otra consideración es el uso y la frecuentación al centro de salud por parte de la población (patrón de consumo de servicios).

– Los relacionados con los servicios y profesionales. Por una parte, la mayor o menor cultura o familiaridad en el manejo de las herramientas informáticas y por otra, la mayor o menor exhaustividad y sistemática en el registro de episodios por parte de los profesionales.

Los factores señalados podrían explicar en la mayoría de los casos la mayor o menor frecuencia de episodios según centro de salud.

La clasificación que estamos utilizando en atención primaria para codificar los episodios de atención (por qué acude la gente) nos permite analizar el peso específico de cada aparato del cuerpo humano, agrupando todos los episodios atendidos por aparatos.

La CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) presenta una estructura biaxial en la que las filas son componentes y las columnas aparatos. La organización de los aparatos es la que se muestra en la tabla y los componentes que el clínico utiliza son el 1 (desde 01 a 29) para síntomas y el 7 (desde 70 a 99) para codificar problemas. Los componentes 2 a 6 sirven para registrar procedimientos decididos en la consulta.

- Sobre un total de 1.800.000 episodios registrados en 21 centros, constatamos que el 62% de estos episodios se concentran en 5 aparatos: respiratorio, locomotor, digestivo, piel y circulatorio. (Tabla 63).

**Tabla 63.** Frecuencia de episodios por aparatos.

CODE	APARATO	%	CODE	APARATO	%
R	Respiratorio	23,7		Genital femenino	3,9
L	Locomotor	12,1	X	Ojos	3,6
D	Digestivo	10,0	F	Nervioso	2,7
S	Piel	9,7	N	Urinario	2,0
A	Problemas generales	7,2	U	Sangre	1,7
K	Circulatorio	6,7	B	Problemas sociales	1,5
T	Endocrino	4,5	Z	Genital masculino	0,9
H	Oído	4,5	Y	Embarazo, parto	
P	Psicológicos	4,3	W	y planificación	0,9

Fuente: Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de AP. SNS-O.

- La CIAP permite asimismo analizar por episodios concretos la casuística registrada. Aproximadamente existen unas 800 rúbri-  
cas para describir los problemas y 58 episodios concentran el  
57% de los episodios registrados estando 4 episodios agudos del  
aparato respiratorio entre los 10 primeros y representan el 17,6%  
del total de episodios registrados.
- Dos problemas crónicos como son la hipertensión arterial y los  
trastornos del metabolismo de los lípidos aparecen asimismo  
entre los 10 primeros episodios registrados.
- Entre los 58 primeros episodios 37 son episodios de problemas  
de salud y 21 son episodios sintomáticos.
- Veintisiete procesos específicos concentran el 40% de los episo-  
dios registrados (Tabla 64).
- Analizando por aparatos podemos conocer los episodios más  
frecuentes en cada uno de ellos (Tabla 65).

**Tabla 64.** Frecuencia de episodios atendidos en ap.

CODE	DESCRIPCION	%	% ACU.	CODE	DESCRIPCION	%	% ACU.
R74	Catarro de vías altas	12,2	12,2				
R75	Sinusitis	2,7	14,8	R76	Amigdalitis	0,9	31,6
K86	Hipertensión	1,9	16,7	T90	Diabetes mellitus	0,8	32,5
T93	Dislipemias	1,7	18,5	P76	Depresion	0,8	33,3
L03	Lumbalgia	1,7	20,1	S18	Herida abierta	0,8	34,1
A03	Fiebre	1,5	21,6	L15	Dolor rodilla	0,8	34,9
R05	Tos	1,4	23,0	P17	Tabaquismo	0,7	35,6
R80	Gripe	1,4	24,5	P01	Ansiedad	0,7	36,3
H71	Otitis	1,2	25,7	N17	Vertigos. Mareos	0,7	37,1
S88	Dermatitis	1,1	26,8	A04	Fatiga. Cansancio	0,7	37,8
D73	Gastroenteritis	1,1	27,8	L18	Mialgia	0,7	38,5
H81	Tapón oído	1,0	28,9	F70	Conjuntivitis	0,7	39,2
R78	Bronquitis aguda	1,0	29,9	K29	Mala circulación	0,7	39,9
U71	Infección urinaria	0,9	30,8	R96	Asma	0,7	40,6

Fuente: Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de AP. SNS-O.

### Las coberturas poblacionales de la oferta de servicios

En el plan de gestión existen una serie de servicios en los que se plantea su oferta y medición a toda la población susceptible de recibirlo. Algunos de ellos van dirigidos a población específica bien por presentar problemas de salud de alta prevalencia abordables desde primaria o bien por ser actividades de prevención dirigidas a toda la población de determinada edad.

**Tabla 65.** Episodios más frecuentes en cada aparato.

APARATO	Más frecuente	2º más frecuente	3º más frecuente
Respiratorio	R74 - CVA	R75 - sinusitis	R05 - tos
Locomotor	L03 - Lumbalgia	L15 - dolor rodilla	L18 - mialgia
Digestivo	D73 - gastroenteritis	D11 - diarrea	D87 - gastritis
Piel	S88 - dermatitis	S18 - herida abierta	S74 - micosis
Problemas generales	A03 - fiebre	A04 - fatiga	A72 - varicela
Circulatorio	K86 - HTA	K29 - problema circulación	K95 - insuf venosa
Endocrino	T93 - dislipemias	T90 - diabetes	T92 - gota
Oído	H71 - otitis	H81 - tapon	H70 - otitis externa
Psicológicos	P76 - depresión	P17 - tabaquismo	P01 - ansiedad
Genital femenino	X11 - menopausia	X02 - dismenorrea	X84 - vulvovaginitis
Ojos	F70 - conjuntivitis	F91 - alt. refracción	F71 - rinoconjuntivitis
Nervioso	N17 - mareos vértigos	N01 - cefalea	N89 - migraña
Urinario	U71 - infección urinaria	U04 - incontinencia	U14 - cólico
Sangre	B85 - resultados anómalos	B80 - anemia ferropénica	B83 - alt. coagulación
Problemas sociales	Z08 - prob Seg Social	Z10 - problema acceso	Z03 - prob. vivienda
Genital masculino	Y85 - hipertr. próstata	Y06 - dolor próstata	Y81 - fimosis
Embarazo y planificación	W11 - anticoncepción	W78 - embarazo	W01-prueba embarazo

Fuente: Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de AP. SNS-O.

Hay que destacar que en general, las coberturas alcanzadas se acercan a las coberturas deseables (Tabla 66). Las coberturas mayores se alcanzan en aquellas prestaciones de carácter preventivo dirigidas a la población infantil. Son notables también en los servicios dirigidos a la atención continuada de patología crónica como la hipertensión y diabetes.

## ASPECTOS DE LA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

### Modelo e instrumentos

A lo largo de la década de los 90, el desarrollo de los servicios sanitarios vinculados a la atención primaria ha ido avanzando paulatinamente desde un modelo más centrado en la mejora de la estructura a un modelo más centrado en el funcionamiento (Tabla 67). Aun cuando las actuaciones de desarrollo de ambos modelos se solapan a lo largo de la década, a grandes rasgos se puede decir que los primeros años vienen marcados por el desarrollo más estructural y los segundos por el funcional, para concluir que la década de los 90 ha servido para avanzar desde la inexperiencia a la madurez organizativa y al desarrollo funcional.



En este contexto y una vez desplegada la estructura física (centros de salud y consultorios) y asentados los recursos humanos (equipos de atención primaria) durante estos años la atención primaria se ha centrado fundamentalmente en:

- Garantizar una oferta de servicios en todas las zonas básicas de salud de Navarra con unos niveles adecuados de cobertura y calidad.
- Incorporar servicios de promoción y prevención como servicios diferenciadores del nivel primario de atención.
- Normalizar los productos que se ofrecen, fundamentalmente a través del diseño de guías de los procesos más prevalentes o abordables desde atención primaria.
- Aumentar la capacidad de resolución a través de la mejora de la competencia y aumentando el acceso tanto a procedimientos diagnósticos como terapéuticos.
- Mejorar la coordinación con especializada buscando el compromiso entendido como relación directa entre clínicos.
- Incorporar el consumo de recursos como una dimensión más de la calidad buscando la eficiencia de nuestras acciones.

**Tabla 66.** Personas registradas y coberturas alcanzadas en determinadas prestaciones asistenciales.

	<b>Personas</b>	<b>Cobertura Alcanzada %</b>	<b>Cobertura deseable %</b>
Pacientes con tratamiento anticoagulante oral	6.602	1,40	1,00
Pacientes incapacitados en domicilio	8.335	8,61	11,00
Pacientes en situación irreversible	1.073	0,20	0,20
Pacientes con hipertensión arterial	67.123	14,25	18,00
Pacientes diabéticos	21.848	4,64	6,00
Pacientes con EPOC	8.970	4,03	9,00
Pacientes con asma	7.268	2,93	9,00
Actividades preventivas en el adulto	32.861	7,75	100,00
Actividades preventivas en el anciano	6.568	13,99	100,00
Vacunación antigripal	68.195	70,43	100,00
Niños con asma	4.626	6,06	7,00
Exámenes de salud 0-2 años	16.550	100,00	100,00
Exámenes de salud 3-6 años	13.224	82,59	100,00
Exámenes de salud 7-14 años	16.217	100,00	100,00
Visita domiciliaria recién nacido	3.181	58,59	100,00
Vacunación infantil 0-2 años	15.403	100,00	100,00
Vacunación infantil escolar	19.264	94,06	100,00

Fuente: Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de AP. SNS-O.

**Tabla 67.** Transición entre modelos de atención primaria.

	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	– Consolidada con las lógicas deficiencias
Funcional	Centrado en la ordenación macro de las ZBS → Mejora de la oferta	– Organización interna de los EA – 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.)

Para avanzar en la consecución de los objetivos señalados y acercarlos al conjunto del territorio, la Dirección de Atención Primaria ha contado con los siguientes instrumentos:

- A. El plan de gestión
- B. Los sistemas de información
- C. El presupuesto en atención primaria
- D. El plan de coordinación primaria especializada

### **A. Plan de gestión**

Desde 1998 el plan de gestión concreta básicamente el acuerdo de oferta de servicios y utilización de recursos entre la Dirección de Atención Primaria y la Dirección de cada equipo de atención primaria, y sigue siendo el instrumento de gestión de todas y cada una de las zonas básicas de salud de nuestra comunidad. Su pretensión es mejorar la calidad de la atención en nuestros centros de salud, en términos de calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia y aceptabilidad del ciudadano, a través de varias líneas:

- Definir y homogeneizar la oferta de servicios de los equipo de atención primaria.
- Garantizar la implantación de los servicios llamados básicos, tanto asistenciales como de prevención y promoción, en todas las zonas básicas de salud de Navarra con adecuados niveles de cobertura y de calidad.
- Lograr el máximo grado de implantación de servicios considerados como optativos, tanto asistenciales como de prevención y promoción en todas las zonas básicas de salud de Navarra con adecuados niveles de cobertura y de calidad.

- Mejorar el conocimiento y utilización de los recursos, estimulando su empleo responsable y su adecuación a las necesidades derivadas tanto de la oferta de servicios, como de la deseable capacidad de resolución de nuestros centros. Resaltando como áreas prioritarias:
  - Presupuesto de personal, gastos de funcionamiento, farmacia e ingresos
  - Inversiones
  - Interconsultas y pruebas complementarias
- Implicar a los profesionales en un proceso continuo de evaluación y mejora del proceso asistencial.
- Lograr una mayor información y satisfacción de los ciudadanos con los servicios prestados por los equipos de atención primaria.
- Desarrollar un sistema de evaluación y una política de incentiación del personal que favorezca el desarrollo de las líneas definidas en los puntos anteriores.

El Plan de Gestión es, al menos, un instrumento útil para delimitar la misión de nuestros centros, definir su organización y funcionamiento y ayudar a alcanzar los objetivos implícitos en las siete líneas enumeradas. Permite conocer, valorar y por tanto mejorar aspectos fundamentales de los centros, como son: qué servicios ofertamos a nuestra población, cómo los tenemos organizados y a quién se los damos. Todo ello en un marco de referencia común para todos los equipos como es la Cartera de Servicios.

Desde 1999, primer año de evaluación del cumplimiento de los Planes de Gestión la evolución de la Cartera de Servicios acreditada en los centros de salud de Navarra ha sido positiva, de año en año se mantiene una tendencia a una mayor incorporación de servicios por parte de los centros y las coberturas alcanzadas en la prestación de dichos servicios también muestran una tendencia al alza constatante.

### ***B. Sistemas de información***

El desarrollo de los sistemas de información basados fundamentalmente en las nuevas tecnologías, sobre todo a partir de finales de los noventa, se está materializando en la atención primaria, así como en el resto del sistema de salud.

Podemos establecer un mapa actual de desarrollo de los sistemas de información:

- **Sistemas corporativos:** tanto la Gestión Económica como la Gestión de Recursos Humanos junto con la Base de Datos Sanitaria (BDS) y las Prestaciones Farmacéuticas son sistemas que se han desarrollado para todo el sistema independientemente de los niveles de atención.

- **Sistemas clínicos:** en estos momentos el 80% de la población asignada en la BDS es susceptible de tener una historia clínica electrónica de atención primaria.

Los profesionales tienen integrada asimismo en la historia clínica información relevante de otros ámbitos de atención como es el laboratorio y los informes de la consulta ambulatoria especializada. Asimismo pueden visualizar la historia clínica de atención especializada. El desarrollo de la historia clínica electrónica ha permitido que todas las guías, protocolos etc. desarrolladas por los profesionales puedan disponerse de una manera normalizada que permite seguir de manera más fácil las recomendaciones establecidas en las mismas.

- **Sistemas administrativos:** hay cuatro elementos relevantes entre la multitud de sistemas administrativos desarrollados como son: el mantenimiento de la base de datos de personas asignadas, la gestión de agendas de los profesionales de la zona básica, la conectividad con otros niveles a través de las citaciones de agendas de los especialistas y de pruebas complementarias, y el desarrollo de medidas que facilitan la desburocratización de las consultas.
- **Sistemas de decisión:** quizás es en este aspecto donde ha habido menos desarrollo de los sistemas de información. Fundamentalmente se han establecido mecanismos de evaluación de los planes de gestión y se han establecido cuadro de mandos más orientados a la gestión que a la actuación clínica. El reto es establecer sistemas que permitan medir tanto el producto que ofrece la atención primaria como su nivel de resolución.

### ***C. El presupuesto en atención primaria***

Si bien a lo largo de la mayor parte del período estudiado la salud mental ha formado parte del ámbito de gestión de la Dirección de Atención Primaria, para los cálculos efectuados en este apartado únicamente se han considerado los programas de gasto de los centros de salud; de los Servicios Normal y Especial de Urgencias del Área de Pamplona; y del programa bucodental. Estos programas de gasto el año 2003 venían a representar el 92,8%, 2,6% y 1% respectivamente del gasto total calculado para la atención primaria. Los gastos de Administración y Dirección representaban el 3,3% (Tabla 68).

Los 210,9 millones de euros de gasto en 2003 suponían el 35,8% del gasto total del SNS-O, habiendo aumentado su participación desde 1997 en un 32,4%.

A lo largo de esos 6 años la variación anual media ha sido del 10,7%. La única variación significativa en esos años tiene lugar en los servicios de urgencia por la puesta en marcha en 1998 de los nuevos servicios de UVI móvil, lo que viene a doblar el nivel de gasto anterior.

**Tabla 68.** Evolución del gasto en AP por programas, en miles de euros.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	% anual
Dirección	6.051	6.770	5.793	6.246	7.056	6.946	6.915	2,4
Centros de Salud	119.102	126.838	142.344	151.243	160.948	177.089	195.747	10,7
Urgencias	1.932	3.765	3.453	3.721	4.415	4.616	5.441	30,3
Bucodental	1.303	1.602	1.806	1.836	1.923	2.021	2.153	10,9
TOTAL AP	128.388	138.974	153.395	163.047	174.342	190.671	210.855	10,7

Fuente: Memorias del SNS-O y Dirección de AP.

Analizando los conceptos económicos del gasto se constata que el principal gasto se concentra en el Capítulo IV, dedicado casi en su totalidad al pago de la factura farmacéutica extrahospitalaria (de atención primaria y especializada) y que el año 2003 supuso el 59,7% del gasto total en atención primaria, en 1997 representaba el 52,7%. Este concepto es además el que mayor incremento representa a lo largo del período, un 13,9%. Los gastos de personal representaron ese año el 33,6% del total y la compra de bienes el 5,1% (Tabla 69).

**Tabla 69.** Evolución del gasto en AP según capítulos económicos.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	% anual
Cap. I	49.563	54.395	55.055	57.500	63.833	66.169	70.937	7,2
Cap. II	6.788	7.268	7.305	7.434	8.504	9.159	10.745	9,7
Cap. IV	68.513	73.039	86.389	92.254	99.479	112.364	125.810	13,9
Cap. VI	2.678	3.517	4.050	5.257	1.966	2.509	2.765	0,5
Cap. VII	846	755	596	601	560	471	599	-4,9
TOTAL AP	128.388	138.974	153.395	163.047	174.342	190.671	210.855	10,7

Fuente: Memorias del SNS-O y Dirección de AP.

En el conjunto del SNS-O el gasto *per cápita* en 2003 ha sido de 1051 euros, correspondiendo a la atención primaria 376 euros. De estos, 226 euros lo fueron en farmacia y 150 euros para el resto de conceptos de atención primaria.

Desde 1997 el gasto per capita del SNS-O ha subido un 33% y la del conjunto de la atención primaria un 47%, pero el desglose de ésta implica para la farmacia un incremento del 63% y para el resto de atención primaria el 28%. En los últimos tres ejercicios y respecto a los años finales de los noventa la participación del gasto en atención primaria (sin farmacia) sobre el gasto del conjunto del SNS-O ha disminuido del 15 al 14,2%.

Los gastos de capital (inversiones) en los tres últimos años han bajado su participación en el gasto al 1,5% del total de atención primaria, la mitad que en los años anteriores.

#### ***D. Plan de coordinación primaria especializada***

En el año 2000 se estableció un plan de coordinación para intentar superar una de las mayores debilidades del sistema sanitario y que era fuente de constantes problemas tanto para los ciudadanos como para los profesionales de ambos niveles.

De acuerdo con lo establecido en el DF 241/1998, el objetivo general del Plan viene siendo el de “garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente, e incrementar la eficacia y eficiencia general del sistema, mediante una adecuada organización y una constante relación entre clínicos de ambos niveles asistenciales”. En el mismo DF se concreta la forma de elección de especialistas por parte del médico de atención primaria, de acuerdo con el usuario.

En el apartado de “Coordinación primaria especializada” de este Diagnóstico de Salud se desarrollan los objetivos planteados así como los logros alcanzados hasta ahora.

#### **Perspectivas de futuro planteadas en la gestión de la atención primaria**

##### ***Continuidad de la atención***

Las nuevas formas de prestar la atención (CMA, hospital de día, hospitalización a domicilio), las situaciones que antes no se abordaban y ahora sí (cuidados paliativos) y en general el aumento de la resolutivez del primer nivel en un contexto de envejecimiento hacen que las garantías de continuidad de la atención se conviertan en uno de los elementos claves que se deben acometer desde el nivel primario de atención.

Asimismo los profesionales de primaria en las nuevas formas de relación con los otros profesionales del sistema deben ser los garantes de la continuidad en la historia natural del proceso.

##### ***Presión asistencial***

En los últimos años y sobre todo en las zonas urbanas se están produciendo problemas debido a la presión asistencial. La demanda de consumo sanitario se ha ido incrementando.

Los patrones de consumo y los servicios sanitarios pueden verse como otro bien de consumo, junto con una mayor oferta de servicios tanto en cantidad como en calidad están llevando a situaciones en que la carga de trabajo de los profesionales sanitarios es difícilmente sostenible.

Aunque el envejecimiento de la población tiene su influencia, el aumento de demanda no parece proporcionado al de las necesidades asistenciales.

Aumentar el número de profesionales no puede ser la única alternativa a este problema complejo sino que requiere actuaciones tanto en el ámbito de los profesionales como de los ciudadanos y asimismo actuaciones en el ámbito organizativo.

### ***Áreas de atención al ciudadano***

Las áreas de admisión de los centros se deben y se están transformando en áreas de atención al ciudadano junto con la función de apoyo al desarrollo del trabajo de los profesionales sanitarios.

La información, gestión y resolución de todo lo que envuelve al encuentro entre el profesional y el paciente independientemente de dónde se produzca se convierte en objetivo esencial a afrontar desde las áreas de admisión.

### ***Garantizar actividades preventivas***

En las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades el objetivo es identificar a personas expuestas a factores de riesgo y detectar enfermedades en personas asintomáticas dentro de una estrategia de intervención individual o grupal.

Al respecto debe garantizarse una oferta a los ciudadanos basada en programas previamente definidos y aprobados en base a intervenciones contrastadas en cuanto a la efectividad basada en la evidencia, su viabilidad y factibilidad, y de acuerdo al marco legal de las prestaciones sanitarias.

### ***Resolutividad***

La capacidad de resolución de atención primaria puede verse desde distintas perspectivas pero el primer reto a resolver es tener capacidad de medir nuestro grado de resolutividad.

La atención primaria debe aumentar la capacidad de resolución y ello pasa tanto por la capacitación de los profesionales como por el uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El pacto asistencial debe ser el acuerdo sobre lo que debe resolver cada nivel.

## **VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR EL CIUDADANO**

Se utilizan dos fuentes de información: el Barómetro Sanitario 2003 del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Encuesta de Opinión realizada en Enero de 1999 por el Departamento de Salud.

### Encuesta de opinión 1999

Se exploran aspectos de los profesionales que trabajan en los servicios de Atención Primaria relativos al grado de conocimiento de los diferentes profesionales, valoración del trato y de la capacitación técnica.

El 86% de la población conoce su actual médico de cabecera: de ellos el 93% está satisfecha con él. Esta satisfacción experimenta un gradiente positivo con la edad.

Un 82% de la población conoce el nombre de su médico de cabecera, el mismo porcentaje que en el resto del territorio nacional; un 36 % conoce el nombre de su enfermera. Ambos porcentajes de conocimiento son mayores en mujeres y se incrementan con la edad y con la disminución del status socioeconómico. Como resulta lógico, es mayor el conocimiento en los grupos de población que utilizan más los servicios.

El tuteo es una práctica extendida y bien valorada por la población. Un 64% de los encuestados es tuteado por el médico y un 45% por la enfermera. En este último caso un importante porcentaje de población (41%) no contesta, previsiblemente porque no la conoce. Entre los que son tuteados, en ambos casos, al 98% les parece bien. Entre los que no son tuteados, hay un 14% a los que les parece mal el no ser tuteado.

Los aspectos más valorados por las personas satisfechas son el buen trato (76%), la buena preparación profesional (68%); y en menor medida dar el tratamiento médico adecuado (25%). Los aspectos más destacados por los no satisfechos (7% de la población) son el que da pocas explicaciones (45%) y el ser antipático (25%) (Tabla 70).

**Tabla 70.** ¿Qué es lo que más valora del médico de cabecera? ¿Qué es lo que menos le gusta de él?

Lo que más valora	N	%	Lo que menos le gusta	N	%
El buen trato	911	75,7	Da pocas explicaciones	42	45,2
Bien preparado profesionalmente	815	67,7	Es antipático	23	24,7
Da el tratamiento médico adecuado	306	25,4	Es impuntual	10	10,8
Es puntual	68	5,6	Explicaciones muy técnicas	7	7,5
Me da todas las recetas que le pido	17	1,4	Atiende deprisa	6	6,5
Otros	19	1,6	No escucha	5	5,3
			No coopera	1	1,0
			Distante	3	3,2
			Poco eficaz	6	6,5
			No manda al especialista	7	7,5
			Otros	14	15,1
TOTAL	1.204		TOTAL	93	

Fuente: La opinión Pública y el Sistema de Salud. Anales. Monografía N°3, 1999.



La valoración de toda la población respecto a algunos aspectos del médico de cabecera mediante una puntuación de 0 a 10, da como resultado una buena valoración de todos los aspectos medidos. La puntuación máxima corresponde a la amabilidad y respeto en el trato, con 8,3 puntos; y la mínima, a la adecuación y flexibilidad en el horario, con una puntuación de 7,1 puntos.

Algo más de la mitad de la población (55%) no ha recibido en el último año ninguna atención específica de enfermería de Atención Primaria.

Tres cuartas partes de la población que da su opinión a este respecto considera que su médico de cabecera le envía al especialista en las ocasiones adecuadas. Los jóvenes (<30 años) y las mujeres, tienen en mayor porcentaje la opinión de que les derivan menos veces de las necesarias.

Algo más de la mitad de la población, un 55% considera que es bueno elegir conjuntamente con el médico de cabecera al especialista. Una cuarta parte prefiere ser él el que elija; en este caso el porcentaje aumenta con el nivel económico: de un 15% en el nivel bajo a un 29% en el alto. El 19,6% opina que el especialista lo debe elegir el médico de cabecera.

Un 20,5% de la población ha cambiado de médico de cabecera en el último año sin que se refiera ninguna dificultad para este cambio; un 18% por cuestiones administrativas (cambio de domicilio, sustitución del médico, etc.); y un 2% por iniciativa propia. Sólo el 18% de la población no conoce que puede cambiar de médico de cabecera. Este desconocimiento del derecho se concentra en los jóvenes (< 30) y en los mayores de 65 años.

**La accesibilidad de los servicios.** Se valora la accesibilidad de los servicios de Atención Primaria y de los servicios sanitarios de forma global.

Una quinta parte de la población no está conforme con el horario de su médico de cabecera. Esta disconformidad es mayor en hombres (24%), y sobre todo en las personas menores de 45 años donde alcanza el 30%.

La accesibilidad espacial a los centros de salud y a los consultorios es valorada como muy buena a la vista de los resultados siguientes: un 98% de la población considera razonable el tiempo que tarda en llegar al consultorio o al centro de salud; los mayores de 65 años (4%) y la población de la zona media (6%) son los que en mayor proporción lo consideran excesivo.

### **Barómetro sanitario de 2003 del Ministerio de Sanidad y Consumo**

Desde 1993 el MSC realiza anualmente una encuesta con el objetivo de conocer el estado de opinión de la población en relación con los asuntos sanitarios. Según esta encuesta y referente a la atención primaria y a Navarra, a lo largo del último año el 81,7% de la población refiere haber acudido a consultar a un centro de salud. El número de veces que acudió fue de 6,31 en centro público y 4,89 en privado. Este patrón de utilización es muy parecido para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). El

90% de los ciudadanos navarros valora como Buena o Muy buena la atención recibida en la sanidad pública frente a un 82,6% en el SNS.

Preguntados sobre la puntuación que darían a diferentes aspectos de la asistencia sanitaria pública en atención primaria, (desde 1 “totalmente insatisfecho” a 10 “totalmente satisfecho”), la opinión expresada es más positiva en la población de Navarra que en el conjunto del SNS para casi todos los apartados. Destaca como área de mejora ‘el horario de atención’ expresión de las limitaciones existentes en el acceso a la atención. Por el otro lado el aspecto con mayor diferencial positivo respecto al SNS es la satisfacción con la ‘derivación desde su médico de cabecera a un especialista en caso necesario’. En ambos ámbitos (Navarra y SNS), lo mejor valorado por la población resulta ‘la cercanía de los centros’ y lo peor ‘el tiempo de espera hasta entrar en la consulta’ (Tabla 71).

**Tabla 71.** Valoración de diferentes aspectos de la asistencia sanitaria pública (atención primaria) en Navarra y en el Sistema Nacional de Salud.

	Navarra	Sis. Na. Sa.
La cercanía de los centros	8,14	7,36
La facilidad para conseguir cita	7,24	6,51
El horario de atención	6,97	6,78
El trato recibido del personal sanitario	7,74	7,23
La atención a domicilio	7,77	6,82
El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo	7,23	6,38
El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario	7,36	6,83
La confianza y seguridad que trasmite el médico	7,61	7,15
El tiempo de espera hasta entrar en consulta	5,92	5,31
La derivación desde su médico de cabecera a un especialista en caso necesario	6,81	5,76
El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros	7,17	6,42
La información recibida sobre su problema de salud	7,40	6,83
Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, etc.	7,34	6,73

Fuente: Barómetro Sanitario 2003. MSC.

Respecto a la prevención, los resultados de Navarra no destacan ni por la mayor proporción de médicos de cabecera que informan sobre hábitos de vida saludables (alimentación, ejercicio, tabaco...) ni por la mayor disposición de la población a seguir las recomendaciones de los sanitarios. Los resultados en este apartado son asimilables a los obtenidos en otras CCAA.

## ATENCIÓN ESPECIALIZADA

*Isabel Rodrigo Rincón<sup>1</sup>, Ander Arrazola Aranzadi<sup>2</sup>*

### INTRODUCCIÓN

La atención especializada aglutina la mayor parte de la estructura del sistema sanitario ya que trabajan en el mismo 6.000 de los 8.000 trabajadores del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Además, el gasto que genera representa el 60% del gasto del Departamento de Salud y que el año 2003 supuso un gasto por habitante de 1.070 euros.

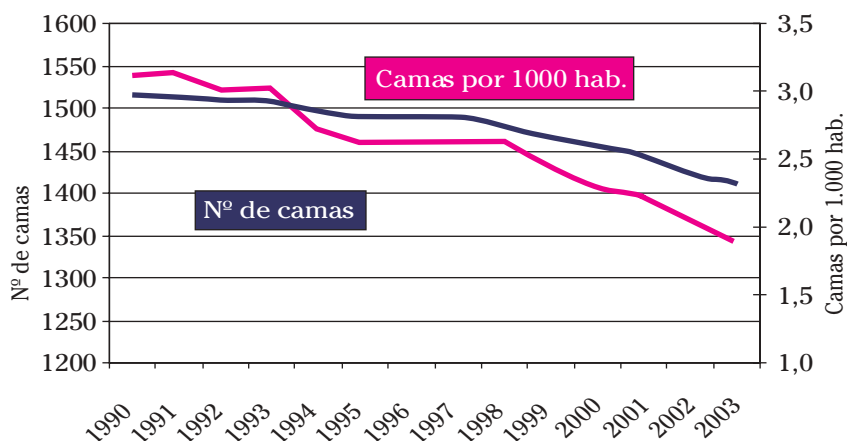
El conjunto de centros y servicios adscritos a la atención especializada han mostrado un importante dinamismo a lo largo de los últimos años para adecuar su nivel de actividad a la creciente demanda de atención por parte de la población. Todos los indicadores asistenciales muestran una tendencia ascendente.

Desde 1997 se han generado importantes normas que han interesado la atención especializada, reflejo de la necesidad de mejorar el funcionamiento de los centros y acercarlo a las necesidades de los ciudadanos por una parte y la voluntad de modernizar sus estructuras por otra. Entre las normas publicadas (Anexo tabla 1) destacamos las dirigidas a la atención y seguimiento personalizados en la atención especializada y a la libertad de elección de especialista (DF 241/1998) la cual incluye un apartado que incorpora los especialistas de cupo a la responsabilidad de los hospitales, a la garantía de plazos para la asistencia quirúrgica programada (LF 12/1999 y OF 138/1998), a la creación del Area Clínica del Corazón (DF 380/2000). También cabe señalarse las ordenaciones en tocoginecología y en salud mental.

### LOS RECURSOS EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

**Camas en hospitales.** En número de camas para cuidados intensivos y agudos en los hospitales públicos de Navarra ha seguido una tendencia descendente respecto a la situación a principios de los noventa. En números absolutos, en los últimos 10 años se han cerrado 178 camas habiendo pasado el índice por 1.000 habitantes de 2,93 a 2,32 en el año 2003. (Fig. 55)

- 
1. Servicio de Análisis y Control Asistencial de la Dirección de Asistencia Especializada del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea.
  2. Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.



**Figura 55.** Dotación de camas en los hospitales públicos.

Fuente: Memoria del SNS-O.

**Otros recursos y tecnologías.** A la vista del inventario de recursos físicos y de dotaciones tecnológicas disponibles en los hospitales públicos de Navarra en el año 2003, destaca el número y variedad de dotaciones existentes para el tamaño de población de Navarra y la descentralización habida estos últimos años de algunas tecnologías (TAC y RMN) a diferentes centros asistenciales de Navarra (Tabla 72). Recientemente se ha comprometido la renovación y ampliación de las instalaciones y aparatos de radioterapia del Hospital de Navarra.

**Los recursos humanos en atención especializada.** Los recursos humanos adscritos a los centros asistenciales de atención especializada suman una plantilla de casi 6.000 personas (Tabla 73), contabilizando los contratos temporales como uno por cada 12 meses. Respecto a 1994, en la actualidad trabajan 930 personas más. En números absolutos el principal incremento se da en la categoría profesional de sanitarios titulados que incluye a los Diplomados de Enfermería y Técnicos especialistas, seguidos de los sanitarios no titulados, auxiliares de clínica principalmente. La principal reducción de efectivos se da entre los facultativos no especialistas (médicos en formación) y el personal de servicios generales.

En su conjunto la plantilla de atención especializada representa aproximadamente el 72% de la plantilla completa del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

La contratación fija en la plantilla de atención especializada representa el 59,4% del total. Este porcentaje es bastante similar entre los dife-

rentes estamentos con la excepción de los servicios generales (45%). El análisis por centros muestra una mayor eventualidad en el Hospital García Orcoyen (48% de personal fijo) y por el contrario un porcentaje mayor de personal fijo en la Clínica Ubarmin (81%).

**Tabla 72.** Dotación de recursos hospitalarios públicos 2003.

	AMB	HNA	HVC	CU	HGO	HRS	TOTAL
Camas		500	502	96	95	150	1343
Incubadoras			22		2	2	26
Quirófanos		10	15	4	3	4	36
Paritorios			4		1	2	7
Litotricia			1				1
TAC		2	1		1	1	5
RMN	1	1	1				3
Angiografía digital		1					1
Gammacámaras		2					2
Acelerador lineal		2					2
Bomba de cobalto		1					1
Sala de hemodinámica		1					1

Fuente: Memoria del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea..

**Tabla 73.** Recursos humanos en atención especializada.

	2003	1994	Dif. Nº	Dif. %
Facultativos especialistas	815	691	124	18
Facultativos no especialistas	157	233	-76	-33
Sanitarios titulados	2.141	1.727	414	24
Sanitarios no titulados	1.659	1.347	312	23
Administrativos	729	530	199	38
Servicios generales	496	538	-42	-8
TOTAL	5.996	5.066	930	18

Fuente: Memorias del SNS-O

Nota: Plantilla fija + Temporal (contabilizado por 12 meses de contrato).

El índice de absentismo en el personal de atención especializada oscila entre el 7,71 del Hospital Virgen del Camino y el 9,41 de ambulatorios. Analizando las causas que generaron la contratación temporal vinculada al absentismo en el año 2002, destaca la sustitución por enfermedad,

accidente de trabajo o por enfermedad profesional que viene a representar el 59,5% del total, seguido de los asuntos propios (21,4%), maternidad (9,9%) y por motivos de formación (7,4%).

## LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

### Frecuentación hospitalaria en Navarra

La frecuentación hospitalaria expresa las hospitalizaciones habidas por 1.000 habitantes. Este indicador suele utilizarse para cuantificar la utilización del recurso cama por parte de una población geográfica o administrativamente definida. Es un indicador sensible a factores vinculados a las características de la población (estructura de edad, dispersión, accesibilidad) y a la oferta hospitalaria (alternativas a la hospitalización, tipología de servicios ofertados, atractivo de la oferta).

Históricamente, Navarra ha presentado valores de frecuentación hospitalaria altos, si bien es importante señalar que para su cálculo se han venido utilizando parámetros poco rigurosos. Así, siguiendo la información aportada por la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) del INE, el año 2001 Navarra presentaba una frecuentación hospitalaria de 128,8 hospitalizados por cada 1.000 personas residentes (Padrón actualizado a 1 de enero de ese año). Esta frecuentación era un 18% superior a la del conjunto del estado. Ahora bien, es necesario realizar el cálculo con mayor precisión, especificando los componentes de la tasa. Así, ese año 2001 la población residente en Navarra generó 61.724 hospitalizaciones en Navarra y 2.408 fuera de ella y del mismo modo se dieron en Navarra 7.490 hospitalizaciones de población no residente en el territorio. Dado que en todos los casos la población utilizada como denominador es la misma, el resultado será diferente en función del numerador aplicado (Tabla 74). De esta manera la frecuentación calculada para todos los residentes en Navarra, con independencia de la comunidad de hospitalización fue de 115,3 por 1.000 habitantes y baja hasta 111 si sólo se considera la hospitalización habida en Navarra. Hay que señalar que la EMH incluye todo tipo de hospitales en el cálculo (agudos, crónicos, psiquiátrico).

Los últimos años ha habido un estancamiento e incluso reducción en el indicador como consecuencia del desarrollo de alternativas a la hospitalización, sobre toda la cirugía mayor ambulatoria y por el crecimiento de población habido en los últimos años.

### La hospitalización de financiación pública

Desde 1997, el número de hospitalizaciones financiadas desde la Administración Pública ha permanecido estable, alrededor de los 58.000 ingresos (Tabla 75). La hospitalización en los centros públicos ha mante-

nido una tendencia ascendente, hasta representar en el año 2003 el 92,9% de todos los ingresos de financiación pública. Por el contrario los ingresos en centros concertados se han reducido en un 33% como consecuencia principalmente de la puesta en marcha de la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital San Juan de Dios.

**Tabla 74.** Evolución de la frecuentación hospitalaria en Navarra.

	1982	1989	1997	1998	1999	2000	2001
Total hospitalizados	115,6	123,9	138,4	138,2	139,8	138,3	128,8
Total residentes	105,4	105,9	123,3	123,4	125,4	123,3	115,3
Total residentes hospitalizados en Navarra			118	118,3	120,9	118,2	111,0

Fuente: Encuesta de Morbilidad hospitalaria. INE.

**Tabla 75.** Actividad de hospitalización de financiación pública.

	1.995	1.997	1.999	2.001	2.002	2.003
Ingresos en centros SNS-O	49.316	51.968	52.347	53.098	53.656	54.390
Ingresos en centros concertados	6.186	6.415	6.269	4.508	4.363	4.165
<b>Ingresos de financiación pública</b>	<b>55.502</b>	<b>58.383</b>	<b>58.616</b>	<b>57.606</b>	<b>58.019</b>	<b>58.555</b>
Estancias en centros públicos	399.196	400.602	399.402	383.839	378.905	379.084
Estancias en centros concertados	65.956	60.740	57.197	49.666	53.447	47.459
<b>Estancias de financiación pública</b>	<b>465.152</b>	<b>461.342</b>	<b>456.599</b>	<b>433.505</b>	<b>432.352</b>	<b>426.543</b>
Estancia media en centros públicos	8,1	7,7	7,6	7,2	7,1	7,0
Estancia media en centros concertados	10,7	9,5	9,1	11,0	12,3	11,4
<b>Estancia media de financiación pública</b>	<b>8,4</b>	<b>7,9</b>	<b>7,8</b>	<b>7,5</b>	<b>7,5</b>	<b>7,3</b>

Fuente: Memorias del SNS-O.

A lo largo del decenio pasado, las estancias generadas por las hospitalizaciones han ido progresivamente reduciéndose, un 8,3% desde 1995, lo que supone utilizar 120 camas de hospitalización menos.

La estancia media lógicamente se ha ido reduciendo hasta llegar a los 7,3 días en 2003. La reducción se ha producido exclusivamente en los centros públicos, un día menos en el conjunto de sus hospitalizados.

### Utilización de la atención especializada en los hospitales del SNS-O

Siguiendo con la descripción del uso que realiza la población residente en Navarra de los servicios de atención especializada en los hospitales públicos del SNS-O y a la vista de la evolución seguida en los últimos 10 años, se constata que todos los indicadores al uso muestran una ten-

dencia ascendente con excepción de los ingresos por 1.000 habitantes que empezó a decaer desde finales de los noventa (Tabla 76). Así, desde 1994 y refiriéndonos a variaciones en la demanda realmente atendida, se ve que la tasa de primeras consultas atendidas se ha incrementado en un 29,4%, la de visitas sucesivas un 12,3% y la de intervenciones quirúrgicas en un 22,4%.

**Tabla 76.** Frecuentación en la asistencia especializada. Hospitales del SNS-O.

	1994	1996	1998	2000	2001	2002	2003
Ingresos /1.000 hab.	90,9	99,1	97,6	97,2	95,5	94,2	94,1
Intervenciones /1.000 hab.	51,0	56,6	70,0	74,4	76,4	72,2	73,4
Consultas /1.000 hab.	1291,0	1355,0	1385,9	1506,7	1565,5	1544,5	1520,4
Primeras visitas / 1.000 hab.	412,4	427,0	440,6	517,0	559,0	547,4	533,8
Visitas sucesivas /1.000 hab.	878,6	928,0	945,2	989,7	1006,5	997,1	986,6
Urgencias /1.000 hab.	355,0	397,7	419,1	426,4	430,0	428,8	438,2

Fuente: Memoria del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

### Estancia media

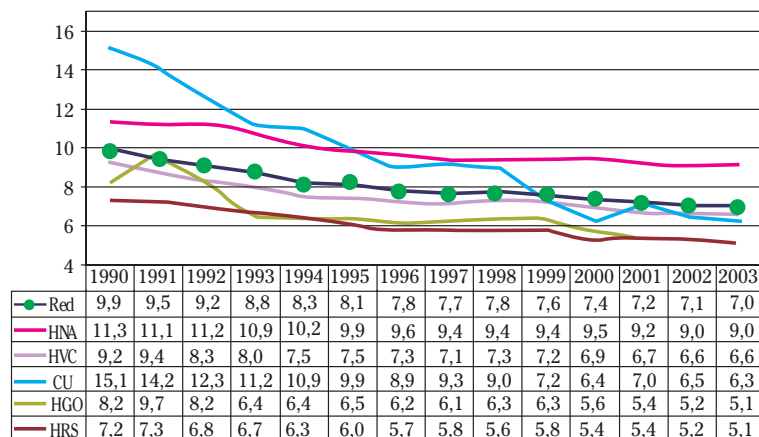
La duración de la estancia en un hospital se relaciona tanto con las características del paciente y de su proceso patológico como con las posibilidades de manejo de esas circunstancias por parte de los profesionales y de la institución que atienden a ese paciente. El desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas y nuevas modalidades asistenciales están cambiando el patrón tradicional de la hospitalización que en buena medida se refleja en la reducción continuada de la estancia media en todos los centros hospitalarios. Los hospitales comarcales presentan una estancia de 5,1 días, los hospitales de Pamplona tienen una estancia media de 8 a 9 días (el Materno Infantil de 4,8 días) y la Clínica Ubarmin entre 6 y 7 días (Fig. 56).

### Índice de ocupación

Este índice está condicionado por el número de estancias habidas en un determinado período y la disponibilidad de camas. En los últimos 10 años, la ocupación de camas en el conjunto de la red pública ha permanecido estable en valores próximos al 78-79% de la capacidad instalada (Fig. 57). Hay que considerar que en ese período de tiempo las hospitalizaciones han aumentado, la estancia media ha descendido y que las camas disponibles se han reducido. Además, el índice de ocupación no presenta valores homogéneos entre los diferentes hospitales. Así, mientras el Hospital General del



Hospital Virgen del Camino y sobre todo el Hospital de Navarra sufren una importante presión con valores alrededor del 85% de ocupación, la Clínica Ubarmin presenta una ocupación próxima al 60%. El resto, el Hospital Materno-infantil de Virgen del Camino y los hospitales comarcales tienen unas ocupaciones entre el 70 y el 72%.

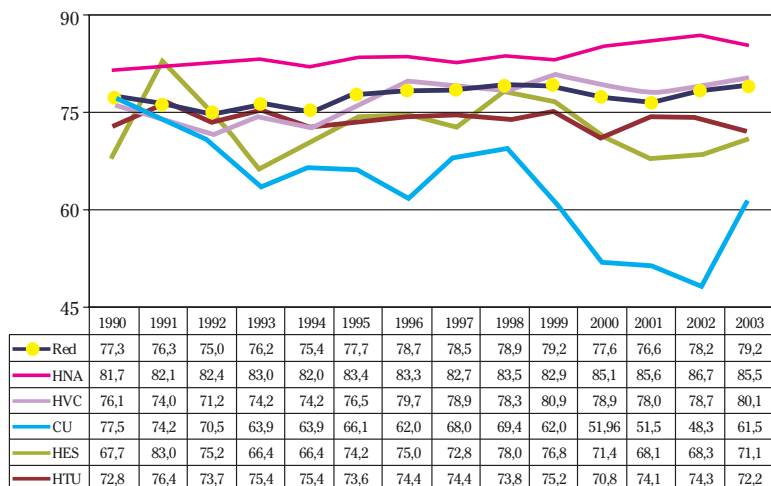


**Figura 56.** Evolución de la estancia media por centro. Navarra 1990-2003.

Fuente: Memorias del SNS-O.

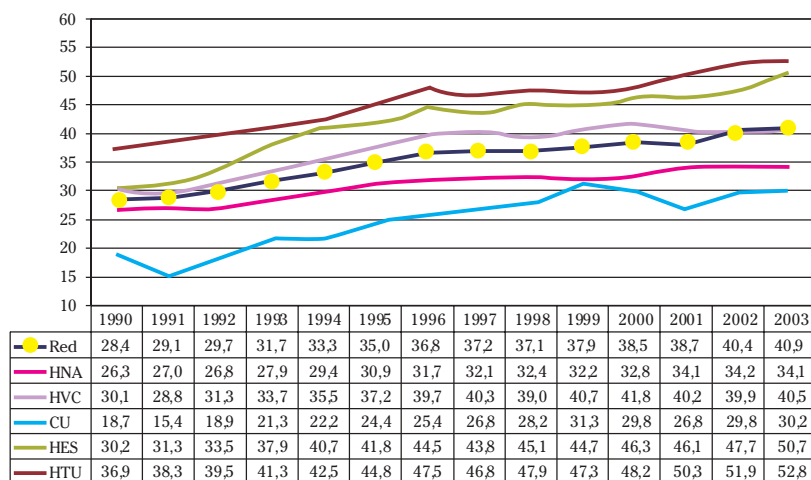
### Índice de rotación

Expresa la productividad del recurso cama, mediante el cálculo del número de pacientes que es hospitalizado por cada cama disponible. La serie histórica muestra claramente la continua evolución positiva de este índice, reflejo de la mayor y del mejor uso que se viene haciendo de las camas de los hospitales; desde 1990 ha mejorado en un 44% (Fig. 58). Analizando por hospitales, este índice indica la diferente complejidad de manejo de los pacientes ingresados en cada hospital, así como la mayor o menor disponibilidad de camas para atender cada uno su demanda. Tenemos por tanto que los hospitales con estancia media más baja (comarcales y Materno-infantil) son los que presentan los índices de rotación más altos, a pesar de ser estos mismos los hospitales que tienen los índices de ocupación más bajos. Por el contrario el Hospital de Navarra con valores de estancia media y de ocupación altos es el hospital que presenta valores del índice de rotación más bajos, 34,1 pacientes por cada cama al año, seguido del Hospital General de Virgen del Camino, con valores de 36,9.



**Figura 57.** Evolución del Índice de ocupación por centro. Navarra 1990-2003.

Fuente: Memorias del SNS-O.



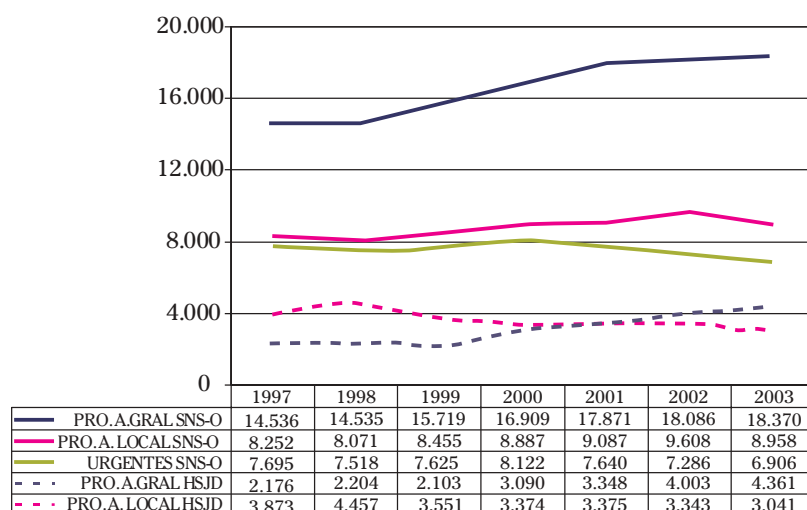
**Figura 58.** Evolución del Índice de rotación por centro. Navarra 1990-2003.

Fuente: Memorias del SNS-O.

### Intervenciones quirúrgicas

El número de intervenciones quirúrgicas realizadas por el personal del SNS-O en sus propios centros o en el Hospital San Juan de Dios desde 1997 se

ha incrementado en un 14% para llegar a las 41.636 intervenciones en el año 2003. A lo largo de ese período se han producido algunos cambios atendiendo al tipo de intervención quirúrgica practicada. Así, las intervenciones quirúrgicas realizadas con anestesia general han aumentado de forma constante, un 36%, en todos los centros, mientras que las intervenciones quirúrgicas urgentes, se han reducido en los últimos años. Las intervenciones quirúrgicas programadas con anestesia local se han mantenido relativamente estables en el tiempo en cifras cercanas a las 12.500 intervenciones (la figura 59 muestra la evolución habida por tipo de intervención, tras realizar algunos ajustes en los valores aportados por el sistema de información para homogeneizar la serie).



**Figura 59.** Evolución de las intervenciones quirúrgicas realizadas por personal del SNS-O (en centros del SNS-O o en HSJD).

Fuente: Memorias del SNS-O.

## Consultas

Desde finales de los años noventa la actividad de consulta presenta importantes incrementos que se reflejan en cada hospital. La desaparición del 'nivel' ambulatorio como ámbito de adscripción de especialistas, principalmente de cupo, como consecuencia de la aplicación del Decreto Foral 241/1998 (BON nº 105) trajo consigo una ordenación de la relación entre las estructuras hospitalarias y las de atención primaria. Así, a partir de 1999, la actividad de consulta realizada por los especialistas queda reflejada dentro del hospital al que están vinculados y deja de aparecer como 'ambulatorios'. Con posterioridad, en septiembre de

2000, el SNS-O aprueba el Plan de coordinación Primaria – Especializada, entre cuyos objetivos se señala “el equilibrar la oferta y la demanda de servicios especializados mediante pactos anuales”. Desde 2001, cada año se han formalizado pactos de coordinación entre ambos niveles asistenciales en el área de Salud de Pamplona que en la actualidad se están extendiendo al resto de áreas. Entre los resultados obtenidos cabe señalarse que en los dos últimos ejercicios (2001/02 y 2002/03), el incremento anual de la demanda de primeras visitas ha sido del orden del 2,3% cada año, menor al del ejercicio anterior que fue del 9,7%; con especial contención por parte de los médicos de primaria (Tabla 87). En otro apartado de este diagnóstico se presenta el desarrollo del Plan de Coordinación. También se puede consultar la reciente edición del Pacto de coordinación suscrito para el bienio 2004 y 2005.

Respecto a 1999, la actividad de primera consulta se ha incrementado en el conjunto un 18% (Fig. 60). Los principales incrementos de actividad se dan los años 1999, 2000 y 2001, coincidiendo con la puesta en marcha de programas extraordinarios de consulta en varias especialidades. Desde el año 2001 el número de primeras consultas se estabiliza. Las consultas sucesivas aumentan de forma constante año a año si bien de forma más moderada. Desde 1999, las visitas sucesivas han crecido un 12% (Fig. 61).

En el año 2003, se atendieron un total de 880.000 consultas, 308.647 primeras y 570.455 sucesivas, con una relación de 1,8 sucesivas por cada primera (Fig. 62). Respecto a 1990 se han realizado 100.000 primeras visitas más y 150.000 sucesivas más. Pero en la mayoría de las especialidades el desarrollo de la consulta se ha modificado de forma importante, tanto porque han cambiado las necesidades sentidas y expectativas de los ciudadanos como por el tipo de medicina que practican los profesionales en la consulta. En 1990, el 50% de las consultas estaban vinculadas al ‘ámbito ambulatorio’ (el 64% de las primeras y el 43% de las sucesivas) mientras que en la actualidad, en la mayor parte de las especialidades, la actividad de consulta responde a un patrón más sofisticado, con mayor utilización de medios diagnósticos, que fracciona el proceso diagnóstico y que por tanto complejiza la resolución del proceso asistencial.

La estadística de indicadores hospitalarios, realizada a partir de la Encuesta de establecimientos sanitarios en régimen de internado (ESCRI) correspondiente al año 2000, indica una tasa de consultas por 1.000 habitantes en Navarra de 1.622, situando a Navarra como al territorio con mayor frecuentación de consultas de especialistas. Esta tasa es un 40% superior al promedio estatal, y un 10% superior a la segunda comunidad con mayor frecuencia, Cataluña. Es cierto que la atracción hospitalaria de Navarra incrementa la actividad de consulta generada por la población de Navarra (al igual que la frecuentación hospitalaria) y que por otra parte, los sistemas de información en Navarra, recogen fielmente toda la actividad atendida por todos los especialistas dentro o fuera del hospital, pero aún así parece nece-

sario ahondar en el análisis de por qué utilizamos tanto la consulta de los especialistas y si esta utilización es adecuada y se corresponde con la resolución de necesidades asistenciales previstas o deseables.

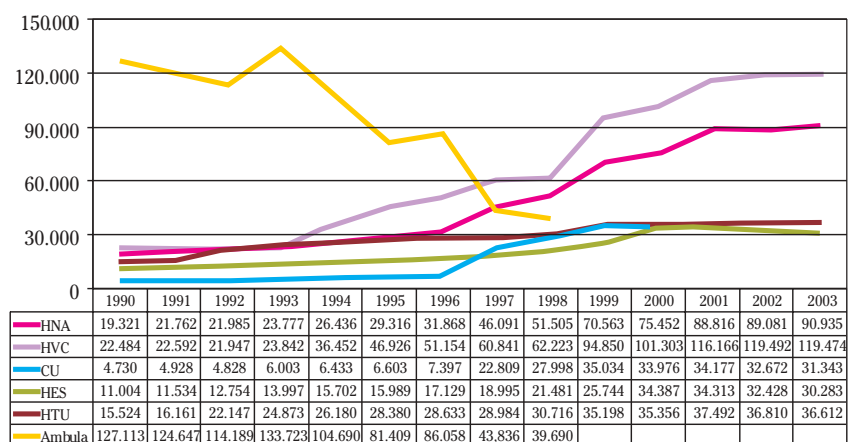


Figura 60. Evolución de las primeras visitas por centro. Navarra 1990-2003.

Fuente: Memorias del SNS-O.

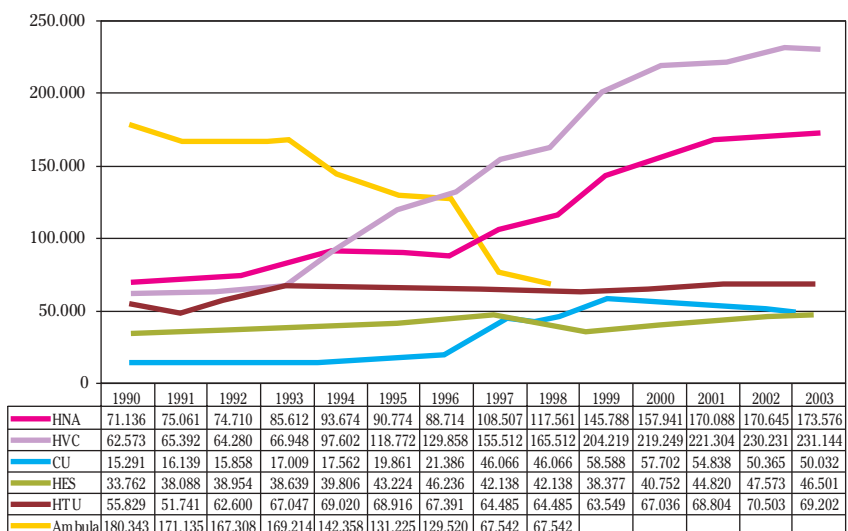
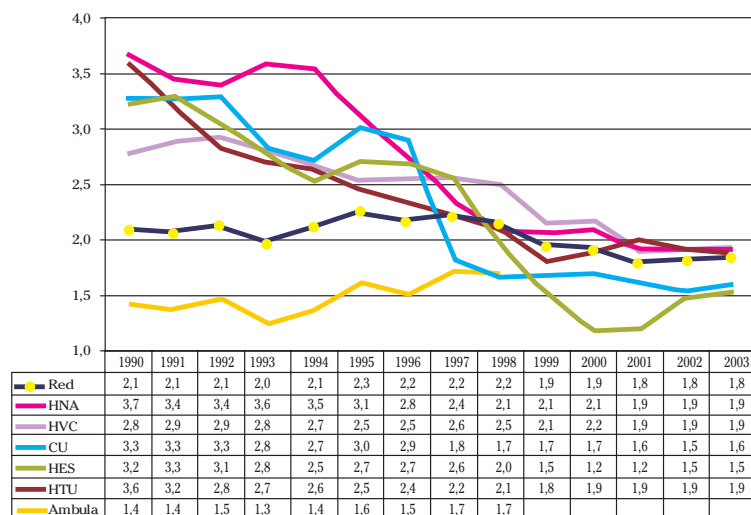


Figura 61. Evolución de las visitas sucesivas por centro. Navarra 1990-2003.

Fuente: Memorias del SNS-O.



**Figura 62.** Consultas. visitas sucesivas respecto a primeras. Navarra 1990 a 2003.

Fuente: Memorias del SNS-O.

La espera media ponderada (promedio de días que han tenido que esperar los ciudadanos para ser atendidos por los especialistas en Navarra) fue en el año 2003 de 28 días, siendo importantes las variaciones de este indicador según especialidad (Anexo tabla 2, elaborada con la actividad del Área de Pamplona).

#### La Actividad de Urgencia en los Hospitales

En el apartado de este Diagnóstico 2003 dedicado al análisis de la demanda urgente se presenta la actividad atendida en los hospitales. A modo de resumen, se puede señalar:

- El sistema de respuesta a la demanda urgente y a la emergencia se ha ido consolidando a lo largo de estos últimos 10 años, constituyendo un ámbito específico de funcionamiento y autónomo respecto al resto del sistema asistencial.
- La demanda en la puerta de los hospitales aumenta constantemente un 4% anual, hasta llegar a las 694 atenciones al día en los hospitales en el año 2003.
- La mayor demanda en urgencias no se acompaña de mayores ingresos urgentes. El porcentaje de ingresados respecto de los atendidos en urgencias disminuye en el Hospital Virgen del Camino y en el Hospital de Tudela, mientras que en el Hospital de Navarra se mantiene.
- En los últimos años se mantiene alrededor del 64% los pacientes que ingresan vía urgencia respecto del total de pacientes ingresados.

- El año 2003, en Pamplona se atendieron 52.000 urgencias en pediatría, 40.000 de éstas en el Hospital Virgen del Camino y 12.000 en los centros extrahospitalarios Solchaga y Ermitagaña.

### **Implantación de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en los hospitales públicos**

Desde mediados de los años noventa, la CMA se ha mostrado como una buena alternativa terapéutica para pacientes que con anterioridad requerían hospitalización para ser intervenidos en quirófano. El desarrollo de la CMA en Navarra se ha producido con cierto retraso respecto a otros ámbitos del Sistema Nacional de Salud entre otras razones por la relativa mayor disponibilidad de camas en nuestra comunidad.

Con la puesta en marcha de las dos unidades de CMA de Pamplona, en 1998 en el HNA y al año siguiente en el HVC la disponibilidad de camas en los servicios quirúrgicos aumentó. Del mismo modo, el año 2001 el Hospital San Juan de Dios adecua sus instalaciones y organiza su circuito de CMA. Los hospitales de García Orcoyen y Reina Sofía inician dentro de sus posibilidades, modalidades asistenciales de cirugía sin ingreso o con ingreso mínimo dadas las dificultades para contar con instalaciones específicas de CMA, condicionados siempre por lo limitado del ámbito asistencial al que se dirigen. El Hospital San Juan de Dios y Virgen del Camino son los centros que mayor número de intervenciones quirúrgicas en CMA realizan (Tabla 77).

**Tabla 77.** Evolución de la actividad de CMA por centros.

<b>HOSPITALES</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>Total</b>	<b>%/Total</b>
Clínica Ubarmin	4	7a	4	8	23	0,1
Hospital García Orcoyen	400	543	482	472	1.897	7,9
Hospital Reina Sofía	123	149	182	594	1.048	4,4
Hospital de Navarra	823	658	677	819	2.977	12,5
Hospital Virgen del Camino	1.597	2.072	2.312	2.557	8.538	35,7
Hospital San Juan de Dios	1.507	1.988	2.782	3.151	9.428	39,4
<b>Total</b>	<b>6.454</b>	<b>7.418</b>	<b>8.441</b>	<b>9.604</b>	<b>23.911</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

No toda la actividad que se realiza en las instalaciones de CMA puede considerarse como tal, ya sea porque en unos casos se trata de exploraciones más o menos sofisticadas o porque se trate de intervenciones de cirugía menor. En cualquier caso, y para valorar en qué medida la CMA se va convirtiendo en alternativa a la hospitalización se ha calculado el porcentaje que representan los procedimientos realizados en la modalidad de CMA sobre el total

de esos procedimientos realizados en Navarra con o sin internamiento. Para el conjunto de hospitales y teniendo en cuenta todas las intervenciones quirúrgicas de financiación pública, el año 2003 se realizaron en la modalidad de CMA el 35,7% de las intervenciones quirúrgicas (Tabla 78). De año en año ese porcentaje va creciendo. Las especialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía General son las que más intervenciones quirúrgicas realizan en la modalidad de CMA (Anexo tabla 3). También participan las especialidades de Traumatología, Ginecología y Urología. Los 28 procedimientos quirúrgicos más frecuentes abarcan el 78% de los realizados en la modalidad de CMA.

**Tabla 78.** Evolución de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y de la cirugía con ingreso.

	<b>Cirugía con ingreso</b>	<b>CMA</b>	<b>Total cirugía</b>	<b>%</b>
2000	16.935	6.454	23.389	27,6
2001	17.234	7.418	24.652	30,1
2002	17.286	8.441	25.727	32,8
2003	17.332	9.604	26.936	35,7
Total	68.787	31.917	100.704	31,7

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

### **Las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, primera visita en consulta y para pruebas complementarias**

Por su importancia, en primer lugar se van a comentar los cambios habidos en los **sistemas de información** vinculados al conocimiento y evolución de las listas de espera. La tipología de información aportada en los años noventa en Navarra se centraba en el número de personas pendientes de ser atendidas el último día de cada mes. Además de ello, y aplicando diferentes metodologías se estimaba el número de días que pudieran estar en espera los pacientes. Con el fin unificar criterios una comisión de trabajo del Consejo Interterritorial estableció el año 2002 las definiciones e indicadores sobre listas de espera actualmente operativas. Como consecuencia de ese proceso, el SNS-O cuenta con un sistema de información fiable que aporta los siguientes indicadores: el número de personas en espera a final de mes, los tramos de tiempo de espera que sufren esos pacientes y la espera media ponderada (EMP), que es el tiempo promedio de espera de los pacientes atendidos.

Por otra parte, los **cambios tecnológicos y organizativos** incorporados a los servicios sanitarios y en especial los que se han aplicado a la coordinación entre especialistas y médicos de atención primaria en Nava-



rra, han influido también en las series históricas de información sobre listas de espera. Entre estas actuaciones, destaca la descentralización a los Centros de Salud de la citación para solicitar la primera visita con un especialista, que ha venido a reducir “el tiempo correo” que las solicitudes de los centros de salud debían sufrir hasta la grabación informática en el Servicio de Admisión correspondiente.

En las tablas que se acompañan, se presentan los valores correspondientes a los indicadores antes presentados y correspondientes a los tres últimos años ya que para períodos anteriores no hay disponibilidad o la calidad y la homogeneidad de la serie no están garantizadas.

### Listas de espera para intervenciones quirúrgicas

A finales de 2003 las personas en espera para ser intervenidas sumaban 7.120. Respecto a finales de 2001 el incremento era de 1.900 personas (36%) (Tabla 79). La actividad quirúrgica necesaria para atender a estas personas era el equivalente al 20% de la actividad quirúrgica desarrollada ese año por los especialistas del SNS-O. Además, esta evolución negativa tiene reflejo en los tiempos de espera vigentes en cada período, así en diciembre de 2001 para el 83,4% de las personas pendientes de atención, la espera era menor de tres meses. Dos años más tarde ese porcentaje bajó al 73,5. La vigente garantía para ser intervenido quirúrgicamente en un plazo inferior a los seis meses establecida mediante la LF 12/1999 y la OF 138/1998, sólo era superada por 93 personas hace dos años (el 1,8% del conjunto en espera), dos años más tarde las personas en esa situación eran 469, el 6,6%. A finales de 2003 las especialidades con más personas en espera y para esperas superiores a 6 meses eran Traumatología con 298, Oftalmología con 51, Cirugía Vascul ar con 41 y Cirugía General con 41. Por hospitales destaca el Hospital de Navarra con 240 personas, la Clínica Ubarmin con 102 y el Hospital Reina Sofía con 92.

**Tabla 79.** Personas en lista de espera quirúrgica a 31 de diciembre por tramos de espera.

Tramos de espera	Toda de la Red		
	dic-01	dic-02	dic-03
< 3 meses espera	4.353	4.298	5.231
de 3 a 4 meses	472	728	797
de 4 a 5 meses	180	354	418
de 5 a 6 meses	123	194	205
> de 6 meses	93	195	469
Total personas	5.221	5.769	7.120
% sobre la actividad de 12 últimos meses	15%	16%	20%

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

### Listas de espera para primera consulta

Respecto a hace dos años, a finales de 2003 había 9.379 personas más en espera, lo que supone un incremento del 48%, contabilizando un total de 28.939 personas (Tabla 80). Se trata de ciudadanos que están pendientes de ser atendidos a 31 de diciembre. La actividad de consulta necesaria para atender a este colectivo en espera equivalía al 6% de la desarrollada en 2001 y al 10% de la de 2003.

**Tabla 80.** Personas en lista de espera de primeras consultas a 31 de diciembre, por tramos de espera.

Tramos de Espera	Toda de la Red		
	dic-01	dic-02	dic-03
< 15 días		1.301	1.168
15 a 30 días		3.536	3.850
31 a 45 días		5.314	4.515
46 a 60 días		5.964	4.918
61 a 90 días		2.334	6.951
> 90 días		1.528	2.320
Pendientes de cita		3.710	5.217
Total personas	19.560	23.687	28.939
% sobre la actividad de 12 últimos meses	6%	8%	10%

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

En los dos últimos años conocemos la demora real vivida por las personas atendidas cada año. En el año 2003, el 43% de las solicitudes de primera consulta se atendieron dentro de los 15 primeros días, un 21% más en los siguientes 15 días y un 25% más a lo largo del segundo mes de haber solicitado la consulta, de forma que dentro de los 2 meses se atendió al 89% de las solicitudes (Tabla 81). En el último año se evidencia un empeoramiento en el tiempo de espera respecto al año anterior que se refleja en una disminución en el porcentaje de personas atendidas en los tramos con espera más bajas y un incremento en los tramos con esperas más largas.

Para el total, la EMP de los pacientes visitados en 2003 ha sido de 28 días (4 más que los atendidos en 2002) (Anexo tabla 2). Entre las especialidades que han empeorado este indicador destacan Oftalmología, Dermatología, Reumatología, Urología y Alergología. Entre las que lo han mejorado están Neumología y Cirugía Vasculat.

Aproximadamente el 8% de las personas con cita asignada en consulta no acuden a la cita (Anexo tabla 4). El porcentaje varía según especialidades llegando a ser muy importante, como en Dermatología (espe-

cialidad con una demanda creciente cada año) donde el 10% de las personas citadas para primera consulta no acude, así como el 12% de las citadas para consulta de revisión.

**Tabla 81.** Porcentaje de pacientes atendidos en primera visita según tramo de espera real.

<b>Tramos de Espera</b>	<b>2002</b> %	<b>2003</b> %
< 15 días	45%	43%
15 a 30 días	24%	21%
31 a 45 días	18%	14%
46 a 60 días	7%	11%
61 a 90 días	5%	8%
> 90 días	2%	3%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

### Listas de espera para pruebas complementarias

Para el conjunto en 2003 la EMP era de 66 días. En el último año esa espera media no se ha alterado a pesar de incrementarse en 1.000 las personas pendientes de pruebas (Tabla 82). Hay que tener en cuenta que esta espera media del conjunto es totalmente dependiente del tipo de exploración o de prueba para la cual están esperando las personas, ya que es notoria la gran variedad en la EMP entre pruebas (Anexo tabla 5).

**Tabla 82.** Total de personas en lista de espera y Espera Media Ponderada (EMP) en pruebas complementarias a 31 de diciembre de los años 2001, 2002 y 2003.

<b>Años</b>	<b>Personas</b>	<b>EMP</b>
31/12/01	8.893	44
31/12/02	8.924	66
31/12/03	9.968	66

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

### LOS PROBLEMAS ATENDIDOS EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La documentación médica refleja entre otros el motivo de la hospitalización de los pacientes. A este motivo de ingreso se le llama diagnóstico principal. Su análisis, mediante la agrupación por capítulos de la CIE-9-MC permite tener un panorama de los grupos de patología que se atienden

en los hospitales en la modalidad de hospitalización. Se ha analizado la evolución habida desde 1999 hasta el año 2003.

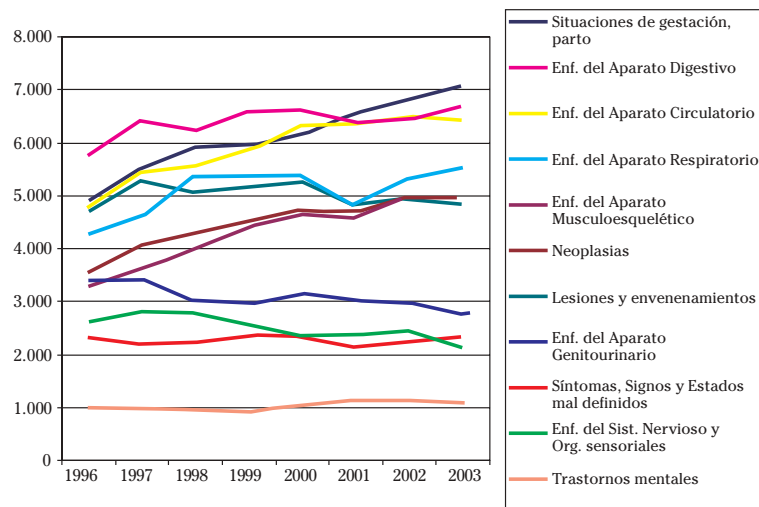
Con carácter general conviene hacer dos comentarios para orientar una correcta interpretación de las series. Por un lado, a lo largo de estos años, se han consolidado unidades de CMA en los dos grandes hospitales de Pamplona que con los años han incrementado su actividad, llegando a sustituir efectivamente a la hospitalización tradicional en la atención de determinadas patologías. (Ver apartado dedicado a la CMA). Por otra parte, también es relevante la actividad desarrollada en estos años por el Hospital San Juan de Dios, tanto en régimen de hospitalización como en CMA. El buen funcionamiento de los circuitos de CMA ha permitido generar flujos de pacientes hacia ese hospital, reduciéndose por tanto la hospitalización por esas patologías en los hospitales públicos.

Del análisis realizado destacamos las siguientes observaciones:

- Las hospitalizaciones en esos 5 años se incrementan en 2.100, equivalentes a un 4% más que los ingresos habidos en 1999.
- En el año 2003, las situaciones ligadas al embarazo y parto, las enfermedades del Aparato Digestivo, Circulatorio y Respiratorio constituyen, en ese orden, las patologías más frecuentes. De estos 4 grupos presentan fuertes incrementos en el período, las situaciones ligadas al embarazo y parto (19%) y la patología del Aparato Circulatorio (10%) mientras que el resto permanecen estables (Fig. 63).
- Además de las patologías señaladas, presentan incrementos porcentuales importantes las enfermedades de la sangre (23%), las originadas en el período perinatal (47%) y en menor medida las consideradas como trastornos mentales (17%) y las enfermedades del Aparato musculoesquelético (13%).
- Por el contrario, las patologías que muestran una tendencia a la disminución de ingresos hospitalarios han sido las enfermedades de los ojos (12%) y sobre todo las del oído (35%), ambas dentro del grupo de enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos de los sentidos. La patología del Sistema Nervioso permanece con valores estables. En menor medida, también las hospitalizaciones por enfermedades del Aparato Genitourinario muestran una tendencia descendente (6,5%).

La evolución seguida desde 1999 por la hospitalización en los procesos clínicos considerados como prioritarios por el SNS-O para intervenir sobre ellos de forma integral (ver apartado de Líneas de mejora), constatamos que bajan en frecuencia de hospitalización: Cataratas (50%) por el fuerte desarrollo de cirugía ambulatoria; la hiperplasia de próstata (19%) y la EPOC (7%). En cambio, incrementan su frecuencia los siguientes procesos: manejo de los trastornos de la gestación (31%); esquizofrenia (18%); Espon-

dilosis y alteraciones del disco (13%); cáncer colorectal (11%); cáncer de mama (9%); accidente cerebrovascular (8%); arteriosclerosis coronaria (7%); cáncer de bronquio/pulmón (6%). Todos ellos representaron en conjunto, en el año 2003, el 18,4% de las hospitalizaciones habidas en los hospitales públicos. La selección de códigos diagnósticos considerados en cada uno de estos procesos clínicos se ha realizado siguiendo la *Clinical Classification de la AHRQ* americana.



**Figura 63.** Evolución de las altas por capítulos de la CIE-9-MC.

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O.

## ASPECTOS DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

### Casuística y funcionamiento de los hospitales públicos

Las bases de datos generadas tras el alta de los pacientes, con información sobre las características del proceso y de la persona atendida, y la posterior agrupación de casos utilizando algún Sistema de Clasificación de Pacientes (GRD en nuestro caso) permite comparar la actividad de los hospitales.

El sistema GRD establece unas categorías homogéneas respecto a la necesidad de cuidados o complejidad (a la postre con igualdad de costes) que permite comparar la composición de pacientes (case mix) y el nivel de eficiencia (estancia media) en grupos de pacientes. La comparación puede hacerse en el ámbito de un servicio, de un hospital o de un Sistema Sanitario. Así, desde hace 10 años el Ministerio de Sanidad y Consumo elab-

bora con información procedente del conjunto del Sistema Nacional de Salud las normas de referencia o estándares para los hospitales, para el conjunto y para 4 categorías de hospitales según tamaño. La última norma publicada por el MSC es la correspondiente al año 2002.

De la comparación de resultados entre los hospitales públicos de Navarra el año 2002 y los del Sistema Nacional de Salud /Norma 2002 concluimos que el conjunto de pacientes atendidos en los hospitales públicos de Navarra presentan una complejidad (1,408) un 3,4% menor que los de la Norma 2002 (1,456) y que el funcionamiento es un 1,9% más ineficiente que el obtenido en el ámbito estatal (estancia media ajustada para la casuística). Comparando nuestros resultados del año 2003 con la Norma 2002 los resultados muestran una casi absoluta equiparación para la casuística atendida y para la estancia media. En todo caso, y con independencia de las explicaciones que nos llevarían a argumentar el porqué de esta situación podemos concluir que existe margen de maniobra para mejorar nuestra situación, ya sea mediante estrategias dirigidas a seleccionar mejor a los pacientes a hospitalizar (alternativas a la hospitalización, continuidad de cuidados...) o mediante mejoras en el proceso asistencial (gestión clínica eficiente, acuerdos terapéuticos, mejora de procesos, continuidad de cuidados...).

Dos son los principales argumentos explicativos a la hora de investigar el motivo de las diferencias detectadas en la estancia media de dos hospitales o dos servicios hospitalarios:

- Los pacientes atendidos en cada centro o servicio presentan necesidades asistenciales diferentes, ya sea por presentar problemas o diagnósticos diferentes, por mayor o menor complejidad de manejo o por diferencias de orden biológico (edad) o social (vivir solos, p.e.).
- La atención que se da a los pacientes en cada hospital o servicio es diferente ya que siguen formas de proceder diferentes. Esas diferencias pueden ser de naturaleza organizativa, de disponibilidad de recursos o de práctica profesional diferente (protocolos terapéuticos, criterios, creencias...).

Por tanto, para poder interpretar los valores de la estancia media en dos grupos, se debe conocer en qué medida son comparables.

La evolución de los indicadores de calidad de nuestras bases de datos referidas al CMBD es satisfactoria. El porcentaje de altas inespecíficas (con información insuficiente para asignar un GRD con significado clínico) ha bajado constantemente hasta el 0,64% en 2003; la media de diagnósticos codificados por proceso atendido se mantiene estable en los últimos 5 años alrededor de 4; y el 62,3% de las altas cuentan con al menos 3 diagnósticos. La media de procedimientos por proceso ha bajado de 1,6 a 1,3 en los últimos 2 años.

En los últimos 5 años, la complejidad de los pacientes atendidos en los hospitales públicos se ha incrementado en un 2% mientras que la estancia media bruta ha bajado un 10%, desde 7,75 a 6,95 días. La estancia depurada, la calculada sin tener en cuenta los pacientes que han causado estancias por encima o por debajo de los valores límites de la Norma 2002, fue de 6,24 días en 2003. Ese año los casos fuera de los límites representaron el 3,9% de los procesos. La reducción de la estancia media afecta en parecida medida a los ingresos que acceden por la vía urgente (64%) como a los programados (36%).

Pormenorizando el análisis de los GRDs y tomando los 25 más frecuentes en Navarra en 2003, y comparándolos con la Norma 2002 publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Tabla 83), constatamos, **en relación con la casuística:**

- Los 25 GRDs más frecuentes en Navarra representan el 34,4% de las altas hospitalarias habidas en el año 2003, mientras que en la Norma 2002 solo agruparían al 28,8%.
- Hay determinados procesos clínicos que generan hospitalización en Navarra con mucha mayor frecuencia que en el resto de España. Destacan ‘los problemas médicos de la espalda’ (GRD 243) y ‘los procedimientos sobre la rodilla sin CC (complicaciones)’ (GRD 222), también son más frecuentes los GRD 229 y 224. En ambos casos se trata de procedimientos quirúrgicos realizados en los miembros superiores excepto articulaciones y sin CC (Tabla 83).
- Hay otros procesos que se dan con menor frecuencia en Navarra. Entre estos destacan ‘la cesárea sin complicaciones (GRD 371), el GRD 629 ‘neonato de > 2500 g, sin procedimiento quirúrgico con diagnóstico de neonato normal’, y el GRD 140 de ‘Angina de pecho’. Hay que tener en cuenta que la práctica de la cesárea en Navarra es menos frecuente que en conjunto estatal con valores de 14,3% y 20,8% respectivamente sobre el total de partos. Existen diferencias de criterio entre las CCAA a la hora de codificar el parto normal, lo que explicaría lo señalado para el GRD 629.

**En relación con la eficiencia** y la utilización de los recursos:

- Para esos 25 procesos más frecuentes en Navarra, la estancia media del conjunto en Navarra es de 5,2 días y en la Norma 2002 de 5,0 –un 4,6% superior–. Para ambos casos la estancia media está calculada sin los casos extremos (hospitalizaciones con duración excepcional medidas con los criterios de la Norma 2002). En 10 GRDs, la estancia media supera, al menos, en un 10% la estancia media de esos GRDs en la Norma 2002; sólo en 3 GRDs la estancia de Navarra es inferior, al menos, en un 10% a la media de la Norma; en el resto (en 12 GRDs) las diferencias se sitúan entre –10% y +10% (Tabla 83).

**Tabla 83.** 25 GRDS más frecuentes en Navarra en 2003. Comparación con Norma 2002 del Sistema Nacional de Salud.

GDR	Descripción	TIPO	NORMA 2002		NAVARRA 2003		Estancia media	
			ALTAS	EM-A	ALTAS	EM-B	B-A	% (B-A)/A
373	Parto sin complicaciones	M	172.461	2,6	2.791	3,4	0,7	28,2
372	Parto con complicaciones	M	66.879	3,0	1.738	3,7	0,7	22,8
243	Problemas médicos de la espalda	M	19.676	6,3	1.398	3,9	-2,3	-37,1
541	Trast. respiratorios exc. infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	M	79.784	9,1	1.289	9,6	0,5	4,9
359	Proc. sobre útero & anejos por carcinoma "in situ" & proceso no maligno sin cc	Q	47.351	4,9	950	3,7	-1,2	-24,9
222	Procedimientos sobre la rodilla sin cc	Q	17.142	2,0	887	2,1	0,0	2,0
818	Sustitucion de cadera excepto por complicaciones	Q	26.542	11,5	625	12,3	0,8	7,3
127	Insuficiencia cardiaca & shock	M	52.003	7,6	613	7,5	-0,1	-1,3
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT & hemorragia intracraneal	M	34.197	8,8	609	9,9	1,2	13,5
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad > 17 sin cc	Q	37.231	2,1	550	2,5	0,4	17,2
410	Quimioterapia	M	30.973	3,4	547	3,5	0,1	2,4
430	Psicosis	M	29.009	14,8	492	18,1	3,4	22,7
494	Colecistectomía laparoscópica sin explorac. conducto biliar sin cc	Q	19.639	2,8	482	3,2	0,4	13,1
167	Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado sin cc	Q	26.647	3,4	480	3,1	-0,3	-8,6
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	M	37.228	7,1	476	7,3	0,3	3,5
209	Reimplantación mayor articulación & miembro extr. inferior, excepto cadera sin cc	Q	24.895	10,1	464	11,5	1,4	14,0
229	Proc. sobre mano o muñeca, excepto proc. mayores s. articulación sin cc	Q	13.720	1,9	461	2,1	0,2	10,2
219	Proc. extr. inferior & húmero exc. cadera, Pie, femur edad > 17 sin cc	Q	20.822	6,3	449	6,7	0,4	5,7
814	Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal edad > 17 sin cc	M	19.537	3,9	430	4,4	0,6	14,2
183	Esofagitis, gastroenteritis & trast. digest. misceláneos edad > 17 sin cc	M	16.146	6,1	422	5,4	-0,8	-12,3
224	Proc. hombro, codo o antebrazo, exc. proc. mayor de articulación sin cc	Q	11.623	2,8	401	2,8	0,0	1,4
39	Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	Q	49.052	1,1	394	1,1	0,0	-1,8
381	Aborto con dilatación & legrado, aspiración o histerotomía	Q	40.279	1,4	393	1,5	0,1	4,2
158	Procedimientos sobre ano & enterostomía sin cc	Q	22.287	2,1	392	2,4	0,3	15,5
112	Procedimientos cardiovasculares percutáneos	Q	20.098	4,5	372	4,6	0,0	0,2
	25 GRDs más frecuentes en Navarra		935.221	5,0	18.105	5,2	0,2	4,6

Nota: Las estancias medias están depuradas (sin extremos) en ambos ámbitos.

Fuente: CMDB de los hospitales públicos, SNS-O. Y Norma 2002 MSC.



Las estancias medias están depuradas (sin extremos) en ambos ámbitos

- Entre los GRDs que superan en más de un 10% la estancia media de la Norma 2002 tenemos: los GRDs 373 y 372 'Parto sin y con complicaciones, respectivamente', GRD 430 'Psicosis', GRD 158 'Procedimiento sobre ano y enterostomía sin CC', GRD 494 'Colectectomía laparoscópica sin CC' y el GRD 814 'Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal en > de 17 años sin CC.
- Los GRDs que muestran una estancia media inferior en Navarra en, al menos, un 10% respecto a la Norma 2002 son el GRD 243 'Problemas médicos de la espalda', el GRD 359 'Procedimiento sobre útero por proceso no maligno sin CC' y el GRD 183 'Esofagitis y gastroenteritis con edad > de 17 años sin CC'.

El GRD 243 'Problemas médicos de la espalda' presenta una mayor frecuentación y una menor estancia media en Navarra que en la Norma del Ministerio, en parte debido a la práctica constatada en Navarra de reingresos con el fin de aplicar bloqueo epidural.

Hay que tener en cuenta la limitada casuística de Navarra frente a la de la Norma 2002. Por ello, sólo se ha hecho referencia a los GRDs más frecuentes.

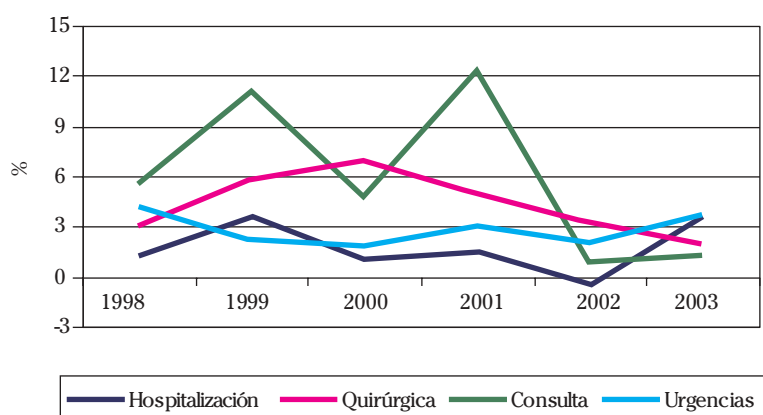
### **Los contratos programa en la atención especializada del SNS-O**

En 1997, la Dirección del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea puso en marcha un nuevo instrumento de gestión denominado Contrato programa. Estos consistían en compromisos suscritos entre la Dirección del SNS-O y las direcciones de los cinco hospitales públicos para la consecución de objetivos cuantitativos y cualitativos. Entre los primeros, se establecían objetivos relacionados con las diferentes áreas de actividad del hospital, listas de espera, así como la valoración de la hospitalización mediante la suma de los pesos relativos del sistema GRD (PIR). Los objetivos cualitativos se relacionaban con actuaciones dirigidas a la mejora de la calidad y a la puesta en marcha de nuevos servicios en los centros.

Desde entonces, y coincidiendo con el final de cada ejercicio, se ha procedido a la evaluación de los Contratos suscritos, publicándose los principales resultados en la memoria anual del SNS-O. En este apartado se presentan los resultados correspondientes al conjunto de los centros públicos, remitiendo a las referidas memorias al lector interesado en el detalle de cada centro.

**Desarrollo de la actividad hospitalaria.** A la vista de las variaciones anuales de la actividad en los centros, se constatan importantes oscilaciones interanuales en la actividad de consulta, consecuencia sobre todo de la mayor o menor intensidad de aplicación de programas extraordina-

rios de consulta. La actividad quirúrgica es la que muestra un patrón de crecimiento más estable ya que en la mayor parte de los años el porcentaje de crecimiento se mantiene entre el 4 y el 6%. Se constata así mismo una relativa estabilización en el incremento del peso medio de la hospitalización, medido por los pesos medios de los GRDs (Fig. 64).



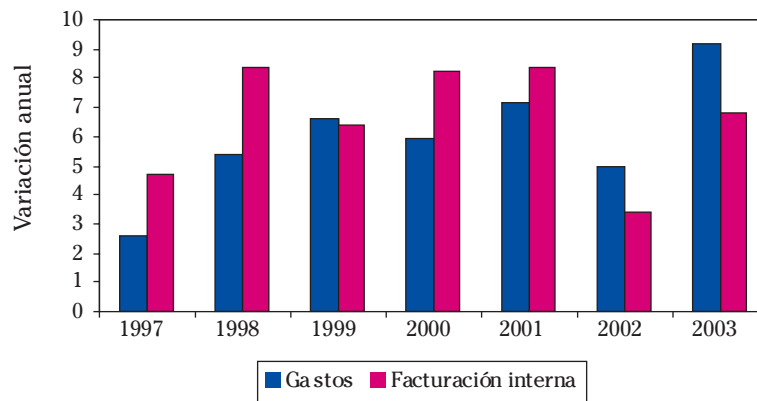
**Figura 64.** Contratos programa SNS-O: variación interanual de la actividad en porcentaje.

Fuente: Memorias del SNS-O.

**Gasto y producción.** Analizando las variaciones interanuales del gasto y de la producción (medida mediante la facturación interna) consecutivas a las variaciones de la actividad, se observa que el promedio anual del incremento del gasto ha sido del 5,4% mientras que la producción ha crecido un 6,6% cada año. En la mayor parte de los años, con la excepción de 1999 y 2002, el incremento de la producción ha sido superior al del gasto. Dicho de otra manera, el exceso de gasto generado se ha compensado con incrementos de producción (Fig. 65).

La actividad desarrollada por los hospitales públicos generó en el 2002 un gasto de 351,4 millones de euros. Incluidos los gastos que se generan tanto dentro como fuera de los hospitales, pero dependiendo de los hospitales. Por otro lado, los contratos programa establecen sistemas de facturación interna basados en precios referenciados al mercado para la casi totalidad de actividades realizadas. Teniendo en cuenta la suma de la facturación así calculada los hospitales del SNS-O no llegan a equilibrar los gastos generados requiriendo un aporte complementario que a lo largo de estos años se ha mantenido entre valores equivalentes al 4-5% del gasto en la atención especializada. En el año 2002 y 2003 la 'subvención requerida' fue de 15,5 y de 24,5 millones de

euros, respectivamente. La excepción a lo aquí señalado esta representado por el Hospital de Tudela, cuya producción justifica el gasto generado, sin recurrir a ninguna subvención. En todo caso, al analizar los resultados resulta esencial comprender que en su mayor parte la “subvención requerida” por los hospitales públicos se halla justificada por la existencia de importantes recursos destinados a la actividad docente (programa MIR), por la disponibilidad de servicios de urgencias, abiertos 24 horas al día y 365 días al año, y en razón de la accesibilidad geográfica; servicios todos ellos imposibles de evaluar mediante tarifas de mercado.



**Figura 65.** Contratos programa SNS-O. Variación anual del gasto y de la producción (facturación interna) en porcentaje.

Fuente: Memorias del SNS-O.

Lamentablemente la eficacia de los contratos programa no deja de ser limitada, dado que en definitiva se trata tan solo de una simulación y no de un auténtico contrato entre las partes. Parece haber coincidencia en que la principal debilidad de la herramienta es la dificultad de trasladar a los profesionales clínicos los compromisos adquiridos entre la gerencia del Servicio Navarro de Salud y la dirección de cada uno de los hospitales. A ello ha contribuido, en gran medida, el limitado desarrollo interno de los pactos de gestión establecidos entre dichas direcciones y los distintos servicios clínicos.

A pesar de ello el Contrato Programa se ha demostrado eficaz en términos de eficiencia productiva y contención de las listas de espera, y ha supuesto un notable avance en el desarrollo de los sistemas cuantitativos de información, evaluación y control de la actividad realizada, que sientan las bases para desarrollos futuros.

## **Perspectivas de futuro planteadas en la gestión de la atención especializada**

### ***Garantía de acceso a los cuidados de salud***

Las listas de espera constituyen una de las barreras al acceso de los cuidados de salud especializados a la que se enfrentan los ciudadanos en los sistemas nacionales de salud. Además, es uno de los temas que los pacientes perciben como una de las principales áreas de mejora del sistema.

Las dos principales líneas de acción en las que se está trabajando en este momento son las siguientes:

#### 1) Establecimiento de garantías de espera.

La atención en cada uno de los tipos de asistencia debe tener unos tiempos de espera adecuados. El establecimiento de garantías da la seguridad al ciudadano del límite máximo de espera que va a soportar. En Navarra existe la garantía de intervención quirúrgica en el plazo máximo de 6 meses.

Además, el sistema de citación de primeras consultas da acceso a la cita desde los propios centros de salud asegurando que una cita preferente sea atendida en menos de 10 días laborables.

Desde enero del 2004 la lista de espera quirúrgica de todo el Servicio Navarro de Salud está codificada lo que nos permite conocer las esperas reales por procedimiento. Esto permitirá en un futuro poder tener garantías de demora menores a las actuales en determinados procesos.

#### 2) Mejora de las esperas por proceso asistencial.

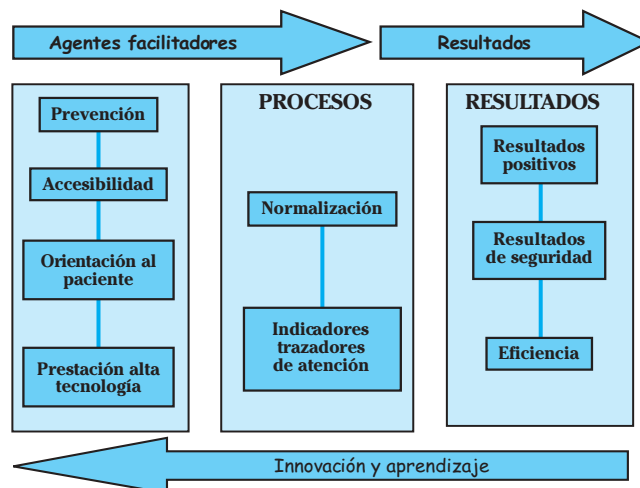
Debemos ser capaces de hablar de procesos asistenciales. Desde que el ciudadano acude a una primera consulta hasta que se le trata el problema se suman una serie de esperas que nos hacen poco ágiles en la resolución de su problema. Nuestro objetivo es ser capaces de conocer y poder minimizar la espera real del paciente a la solución de sus problemas. En este sentido, se va a trabajar especialmente con todas las pruebas complementarias y en especial con los procesos priorizados por el Servicio Navarro de Salud para garantizar que la atención se haga en el tiempo y lugar adecuado.

### ***Modelo Mappa-Horizonte***

Uno de los retos de la atención sanitaria en el marco de atención especializada es poder proporcionar a los ciudadanos los mismos cuidados ante las mismas necesidades (equidad horizontal) y que la atención proporcionada sea la adecuada teniendo en cuenta todos los puntos de vistas posibles: el de la organización sanitaria, el del profesional y el del paciente. Para ello, la Dirección de Asistencia Especializada ha puesto en marcha una metodología de trabajo denominada MAPPA-Horizonte, con la finalidad de mejorar los resultados en salud.

El modelo MAPPA-Horizonte se basa en dos pilares fundamentales. El primero de ellos tiene como objetivo determinar qué procesos clínicos son prioritarios, y por lo tanto, en qué procesos clínicos se van a invertir los principales esfuerzos de mejora en los próximos 3 años. Para la elección de los procesos clínicos prioritarios se ha tenido en cuenta una serie de criterios como son la trascendencia (frecuencia, carga de la enfermedad, coste, etc.), las potenciales áreas de mejora del proceso clínico (listas de espera, variabilidad en la práctica clínica, etc.) y la factibilidad en su implantación.

El segundo pilar se basa en determinar, de forma específica para cada uno de los procesos clínicos priorizados, los atributos de calidad más relevantes para mejorar los resultados en salud. La determinación de los atributos de calidad elegidos se realiza tras el análisis de un conjunto balanceado de atributos de calidad (Fig. 66 y Anexo tabla 6). Este análisis se hace necesario ya que es diferente la importancia relativa que los distintos actores (ciudadanos, profesionales y administración) conceden a los atributos de calidad. Los ciudadanos son muy sensibles a los elementos de calidad percibida (empatía, trato, información, etc.), a los tiempos de espera y a la utilización adecuada de los recursos que se destinan a través de sus impuestos. Los profesionales se suelen centrar más en criterios de calidad científico-técnica y la administración prioriza la eficiencia global del sistema y se centra en valores como la equidad. La metodología MAPPA-Horizonte pretende facilitar la integración de las distintas perspectivas de lo que se considera un servicio sanitario de calidad y de hecho, constituye también un cuadro de mandos clínico. Ya se han elegido los procesos clínicos prioritarios a actuar en toda la red durante los próximos 3 años (Tabla 84) y se han puesto en marcha las actuaciones.



**Figura 66.** Factores de calidad del modelo mapa-horizonte.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**Tabla 84.** Procesos clínicos elegidos.

Nº	Procesos clínicos
1	Cáncer de mama
2	Arterioesclerosis coronaria (IAM, ángor, cardiopatía isquémica)
3	Accidente cerebrovascular
4	Cáncer de colon, recto y ano
5	Esquizofrenia
6	Espondilosis y trastorno disco intervertebral (lumbalgias, ciatalgias y hernia discal)
7	Manejo de los trastornos de la gestación
8	Cáncer bronquio/pulmón
9	Hiperplasia de próstata
10	Cataratas
11	EPOC

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

### **Potenciar la continuidad de la asistencia en el lugar más adecuado para el paciente**

Hasta no hace mucho tiempo, la mayor parte de la atención especializada que requerían los pacientes era proporcionada en un hospital y, para recibirla de forma eficiente, el paciente era ingresado. Sin embargo, poco a poco otras modalidades de atención van restando protagonismo a la hospitalización convencional. Cada vez es más importante (por su volumen, por su capacidad resolutoria, etc.) la atención que se proporciona a los pacientes en otros espacios diferentes a los hospitales convencionales.

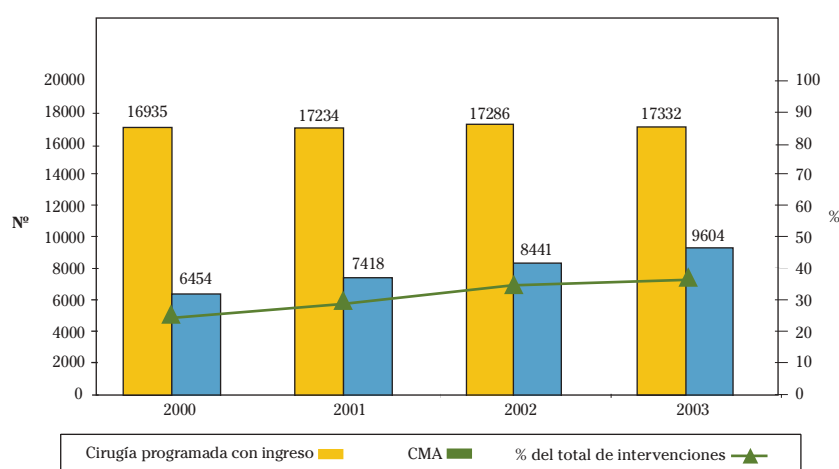
#### ***Cirugía mayor ambulatoria (CMA)***

Desde el año 2000 hasta el año 2003 el número de intervenciones realizadas ha ido aumentando, tanto en régimen de ingreso como en CMA, en la red de hospitales del Servicio Navarro de Salud (incluyendo las realizadas para el SNS-O en San Juan de Dios). En cuanto a las intervenciones quirúrgicas programadas solamente se han contabilizado las realizadas con anestesia general. A pesar de la tendencia creciente de estas intervenciones, el Servicio Navarro de Salud tiene todavía un gran potencial de desarrollo (Fig. 67).

#### ***Hospital de día***

El hospital de día proporciona cuidados especializados a los pacientes sin la necesidad de que éstos pernocten en el hospital. Las unidades actuales son las siguientes:

- El Hospital de Navarra dispone, además de la Unidad del Dolor, de una unidad de hospitalización de día para pacientes oncológicos y hematológicos.
- El Hospital Virgen del Camino dispone de una unidad que atiende a los pacientes pediátricos oncológicos y además una unidad de hospital de día para pacientes hematológicos.
- Desde el año 2003, el Hospital Reina Sofía dispone de una unidad para pacientes oncológicos.



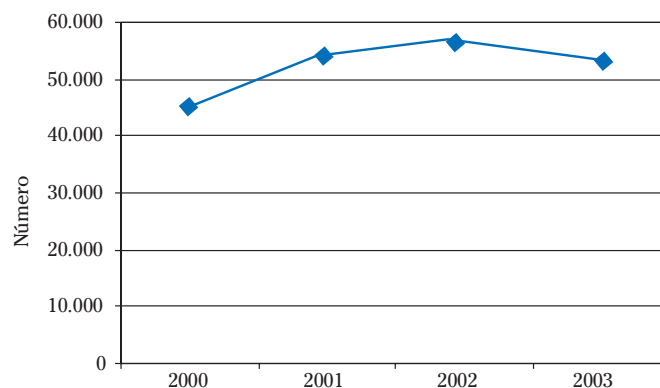
**Figura 67.** Intervenciones quirúrgicas programadas ingresadas versus CMA.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

En los últimos tres años, el número de sesiones de hospital de día en la red del SNS-O ha permanecido estable (incluyendo las sesiones de la unidad de dolor, de quimioterapia, radioterapia, alteraciones del ritmo y endoscopias especiales) (Fig. 68).

### **Hospitalización a domicilio**

En el año 2004 se ha constituido en el Servicio Navarro de Salud el Comité Rector para la implantación y seguimiento de la hospitalización a domicilio. El objetivo es que en el año 2005 se ponga en marcha una unidad piloto. La primera unidad abarcará el área de Pamplona (según isócronas) y dependerá de atención especializada. Se prevé que hasta un 15-20% de los pacientes pueden ser candidatos a la HAD por lo que se prevé un desarrollo progresivo de esta unidad. La unidad tratará a pacientes quirúrgicos y médicos y se coordinará tanto con atención primaria como con los recursos que se asignen para atender los cuidados paliativos.



**Figura 68.** Sesiones de hospital de día.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

### ***Cuidados paliativos***

Los cuidados paliativos consisten en la atención activa, global e integral de las personas que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, complejos y cambiantes, que van a provocar un importante impacto emocional en el enfermo y su familia, y presentan además, un pronóstico de vida limitado. Ver apartado específico sobre Cuidados paliativos en este mismo Diagnóstico de Salud.

### **Puesta en marcha de nuevas unidades para dar respuesta a las prioridades de salud**

#### ***Unidad de ictus***

El Hospital de Navarra dispone de una Unidad de Ictus, integrada en el Servicio de Neurología, que en la actualidad atiende a los pacientes con enfermedad cerebrovascular que acuden al mencionado hospital.

El principal objetivo de esta unidad es actuar como una unidad integral, dirigida a todos los pacientes afectados de enfermedad cerebrovascular de Navarra, en el que el paciente pueda recibir todos los cuidados desde trombolisis, en el caso de que el paciente fuese candidato a ese tratamiento, hasta la rehabilitación inicial, eslabón fundamental para la recuperación temprana de estos pacientes.

#### ***Plan de rehabilitación neurológica***

Por Orden Foral 60/2003, de 15 de mayo, del Consejero de Salud, se crea la Unidad de Daño Cerebral y Medular de la Clínica Ubarmin. Median-



te la resolución 1441/2003, de 17 de octubre, del Director General del Departamento de Salud, se crea el Grupo Técnico de Trabajo para la puesta en funcionamiento de la Unidad de Daño Cerebral y Medular de la Clínica Ubarmin con el objetivo de valorar la viabilidad técnica y económica de la implantación de la citada unidad, y en su caso, condiciones de funcionamiento. El grupo de trabajo ha emitido un informe técnico para la puesta en marcha de un plan de rehabilitación neurológica para mejorar la calidad de la atención que reciben estos pacientes. El Plan de Rehabilitación neurológica aborda de forma sustancial, aunque no exclusiva, el tratamiento rehabilitador que reciben los pacientes con enfermedad cerebrovascular. La puesta en funcionamiento de este plan, además de la mejora de la calidad de la atención de los estos pacientes, facilitaría mucho la implantación de la Unidad de Ictus del Sistema Sanitario Público de Navarra.

### ***Plan oncológico***

En el año 2001 se elaboró el último Plan Oncológico. Uno de los elementos que se incluían en el mismo era la necesidad de disponer de tecnología adecuada para el tratamiento de cáncer. Por ello se ha puesto en marcha un plan de innovación tecnológica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo oncológico que incluye:

a) Diseño de un nuevo centro de radioterapia en el recinto del Hospital de Navarra, donde se ubicarán los Servicios de Radioterapia, de Radiofísica, de apoyo técnico y de mantenimiento.

b) La puesta en marcha del nuevo Centro va a llevar consigo la incorporación de nueva tecnología y la ampliación y mejora de la oferta de servicios en el área de la radioterapia.

- Adquisición de 3 nuevos aceleradores multilaminares.
- Adquisición de un nuevo simulador y TAC destinado al Servicio de Radioterapia.
- Compra de equipo de radioterapia superficial, para tratamiento de tumores cutáneos.
- Adquisición de equipos para poder aplicar tratamientos de radiocirugía.
- Adquisición de los equipos y tecnología para poder aplicar la braquiterapia.

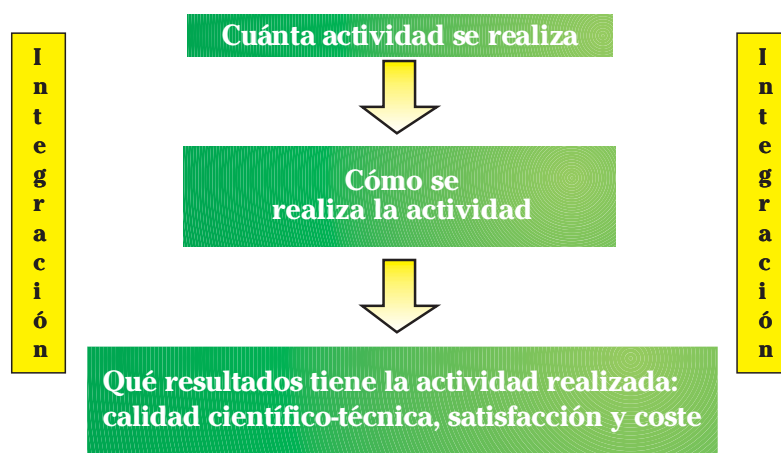
### **Pactos estratégicos de gestión**

#### ***Necesidad de los pactos estratégicos***

La Dirección de Asistencia Especializada, para alcanzar sus objetivos, considera necesario establecer unas líneas estratégicas orientadas hacia la excelencia en las que se apoye su sistema de gestión. Tradicional-

mente estas líneas venían reflejadas en los contratos-programa mediante los cuales el SNS-O pactaba con cada hospital la actividad a realizar, la calidad de esa actividad y los recursos necesarios para su realización. Sin embargo, la importancia que se concedía a cada uno de los tres elementos no era simétrica ni el marco temporal era el más idóneo para conseguir resultados relevantes. Los pactos estratégicos tienen como objetivo perfeccionar, en donde sea posible, los contratos programas, al mismo tiempo que han incorporado algunas particularidades.

En primer lugar se pretende una mayor integración de los 3 elementos esenciales: la actividad realizada, cómo se realiza esa actividad junto con los resultados de la misma, y el coste (Fig. 69). La razón de esta integración es que los actuales modelos de gestión orientados hacia la excelencia no especifican objetivos “cualitativos propiamente dichos” ya que la gestión de la calidad es la gestión de la organización. Por ello, se ha estructurado el contenido de los pactos de forma que recoja la mayor parte de los aspectos que se reflejan en el Modelo EFQM de Excelencia.



**Figura 69.** Elementos considerados en los pactos estratégicos.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

En segundo lugar, estos nuevos pactos intentan acercar las perspectivas de los distintos grupos de interés: pacientes, profesionales y gestores, abarcando un perímetro amplio de elementos para que la visión de la organización sea global y para ir acercándonos a lo que la sociedad espera del Servicio Navarro de Salud (SNS-O). Con la finalidad de ir aproximando las visiones y expectativas de gestores y clínicos, uno de los elementos claves contemplados en los pactos es el desarrollo de la gestión clínica.

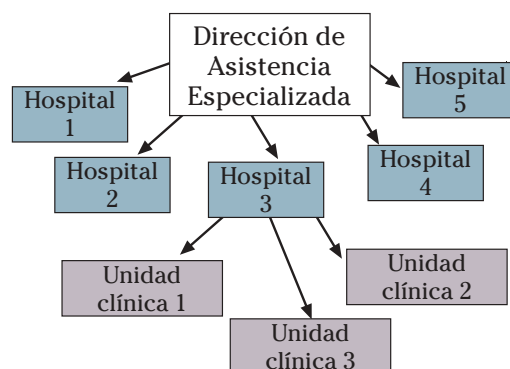
En definitiva, se pretende que los pactos estratégicos aporten el marco que permita al SNS-O:

- Valorar en qué posición se encuentra el SNS-O en el camino hacia la excelencia.
- Disponer de un marco en donde se puedan ubicar las diferentes iniciativas.
- Estructurar el sistema de gestión de la organización.

### **Características**

Los actuales pactos estratégicos parten de una serie de premisas consideradas nucleares para el buen desarrollo de los mismos.

- Estos pactos nacen con la finalidad de apoyar al Servicio Navarro de Salud en su avance hacia un modelo de excelencia.
- Para implantar estos pactos se requiere la participación e implicación de las direcciones de los centros junto con el equipo directivo de servicios centrales.
- Se considera un marco plurianual de 3 años.
- El pacto estratégico tiene que poder ser desplegado en los distintos centros de responsabilidad. Los objetivos corporativos se cumplirían, a modo de efecto mecano, si se cumplen los de los centros, y estos si se cumplen los de los servicios clínicos (Fig. 70).
- Las líneas estratégicas, unas lo serán de obligado cumplimiento, y otras serán elegidas por los centros asistenciales para satisfacer necesidades concretas y específicas de los mismos.
- El cumplimiento de todas las actividades no tiene la misma importancia para la consecución del objetivo final por lo que se pondrá los objetivos en función de su repercusión e importancia.



**Figura 70.** Despliegue del pacto estratégico.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**Dimensiones y factores de los pactos estratégicos**

La estructura que se propone intenta recoger la mayor parte de los aspectos que se reflejan en el modelo EFQM de excelencia, respetando el esquema clásico de Donabedian: estructura, procesos y resultados. Lo esencial del modelo son los objetivos a concretar en cada uno de los apartados.

El peso de cada uno de los apartados surge de un estudio realizado con el objetivo de llegar al consenso entre clínicos y gestores sobre las puntuaciones o importancia a otorgar a cada una de las grandes líneas de trabajo. Se ha considerado que tiene la misma importancia los resultados obtenidos (mitad de la puntuación total) que el esfuerzo que la organización realiza para mejorar (agentes facilitadores) (Tabla 85). El diseño, implantación y evaluación de cada línea de trabajo permitirá al centro conseguir puntos, siendo 1000 el número máximo de puntos que cada centro puede conseguir para el conjunto de las líneas de trabajo.

**Tabla 85.** componentes de los pactos estratégicos

<b>DIMENSIONES EFQM</b>	<b>DIMENSIONES (Donabedian)</b>	<b>FACTORES</b>	<b>Peso o importancia</b>
AGENTES FACILITADORES (500)	ESTRUCTURA (320)	Cartera de servicios orientada a la calidad	60
		Despliegue de objetivos a través de pactos de gestión clínica	80
		Docencia e investigación	60
		Desarrollo de los sistemas de información	80
		Docencia e investigación	60
		Desarrollo de los sistemas de información	80
	PROCESOS (180)	Implantación de la mejora continua en procesos claves	180
RESULTADOS (500)	RESULTADOS (500)	Satisfacción del paciente	100
		Satisfacción de los profesionales	100
		Resultados de actividad-lista de espera	100
		Resultados económicos	100
		Resultados clínicos	100
		Puntuación total	100
Puntuación Total			1000

## **VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR EL CIUDADANO**

### **Las encuestas de satisfacción**

Los principales modelos de sistemas de gestión contemplan como un elemento relevante la recogida de la opinión de los usuarios.

En el modelo EFQM la orientación al cliente es uno de los 8 conceptos fundamentales que constituyen la base del modelo, siendo el criterio "Resultados en los clientes" el que de forma aislada tiene el mayor peso (20% de la puntuación). Por otra parte, la norma ISO 9001:2000 introduce como una de las principales novedades la realización de procedimientos para recoger la percepción de los clientes.

El enfoque diferenciador de las encuestas de satisfacción de la Dirección de Atención Especializada es la metodología utilizada (Anexo tabla 7), que permite obtener resultados por cada una de las áreas de responsabilidad (100 unidades clínicas asistenciales).

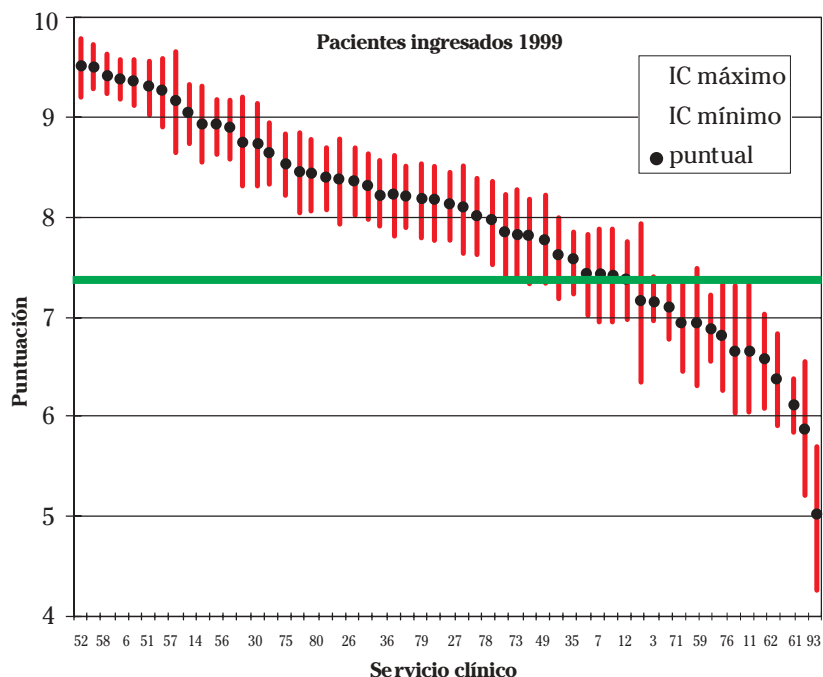
Se obtiene información de cada una de las dos modalidades de atención: atención en régimen de consultas y en régimen de internamiento. Además, en el año 2000 se recogió la información referente a la atención proporcionada por los servicios de urgencias, conformando 8.000 encuestas telefónicas cada año.

La unidad clínica representa al conjunto de profesionales sanitarios que prestan sus cuidados dentro de una especialidad en cada uno de los centros hospitalarios. Este diseño es importante ya que los profesionales solamente se identifican con los resultados obtenidos de su área de trabajo y no con la media del centro. Por tanto, los servicios (o secciones) de cada hospital se convierten en unidades de resultados sobre los que se encuesta a los pacientes atendidos en ellos.

De cada aspecto evaluado en la encuesta y para facilitar el análisis comparativo de las distintas unidades clínicas se proporciona un gráfico en el que se refleja el valor medio para cada unidad clínica junto con su intervalo de confianza al 95% (Fig. 71).

### **Resultados y conclusiones de las encuestas de satisfacción**

Las encuestas se analizan para todo el SNS-O, para cada centro sanitario (5 centros hospitalarios), y para cada centro de responsabilidad (100 unidades clínicas pertenecientes a los centros hospitalarios) por modalidad (ingresos, consultas y urgencias). En este Diagnóstico de Salud se presentan los resultados de las encuestas de de 3 años consecutivos, 1998 a 2000.



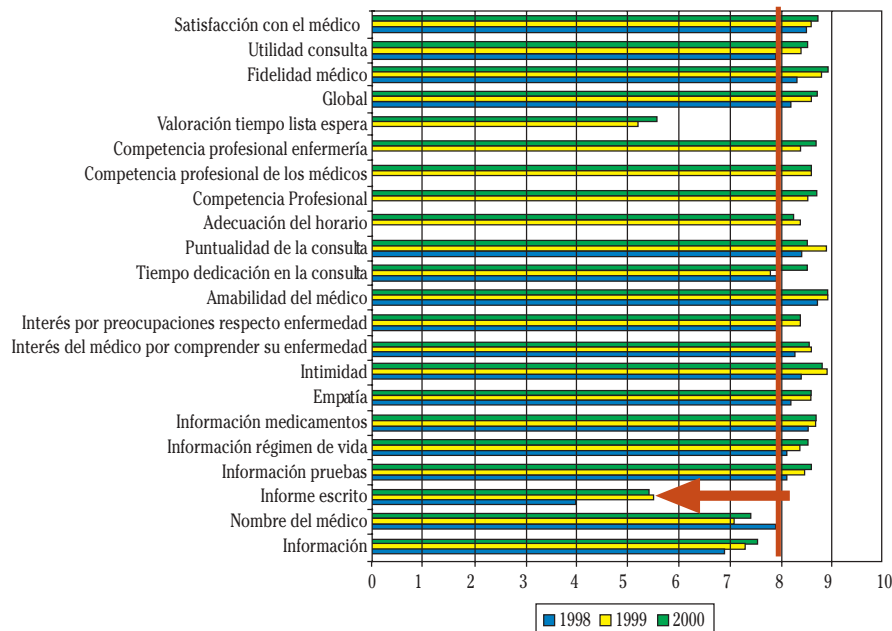
**Figura 71.** Distribución de puntuaciones para el factor “Información”.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial SNS-O.

En general, se observa que los resultados no varían de forma significativa de un año a otro (Fig. 72). Sin embargo, si se realizan acciones de mejora de suficiente impacto, las encuestas son capaces de detectarlas. La flecha roja indica el cambio que se produjo en el año 1999 cuando se implantó la informatización de los informes de consulta. Se puede observar cómo la mejora conseguida se mantiene a lo largo del año 2000. Este aspecto junto con la valoración del tiempo que están los pacientes en lista de espera hasta que son atendidos por los especialistas son las dos grandes áreas de mejora del sistema (puntuaciones inferiores a los 8 puntos).

Los resultados para cada modalidad asistencial se resumen en la figura 73. Para ver aspectos más detallados de las encuestas realizadas puede consultarse la documentación adjunta en el Anexo, tablas 8-10. De todo ello, podemos destacar los siguientes resultados y conclusiones:

La valoración que los pacientes hacen de la atención sanitaria ofrecida por parte de los servicios de atención especializada es muy buena.



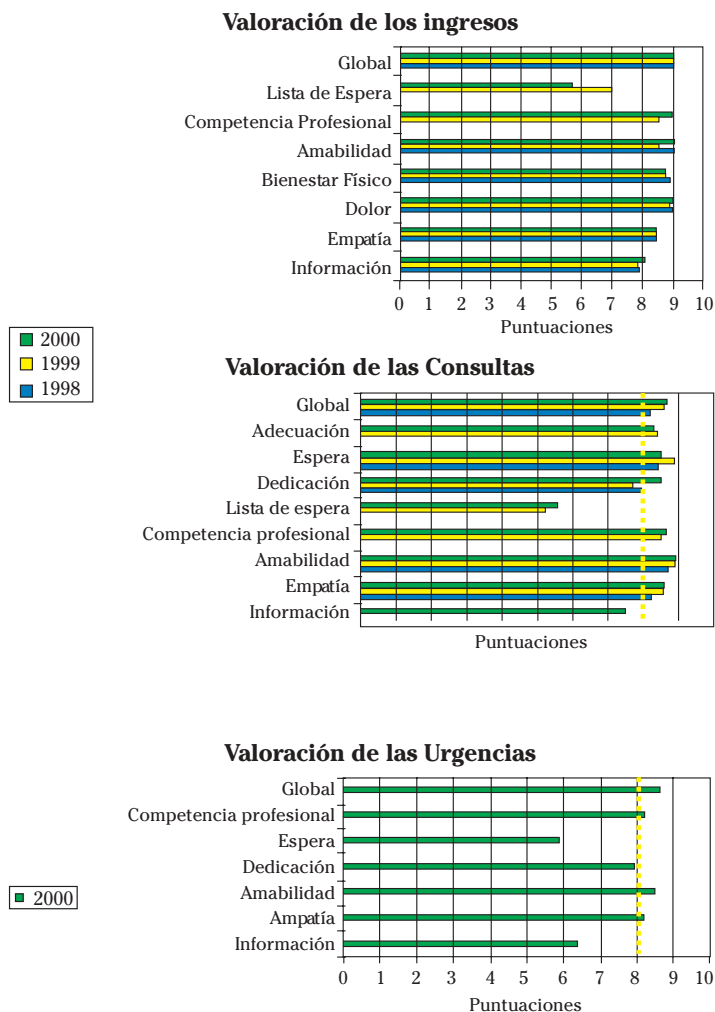
**Figura 72.** Factores y elementos de las encuestas de consultas. Estudio comparativo 1998, 1999 y 2000.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial SNS-O.

Según la opinión de los pacientes, la amabilidad, la empatía y la competencia de los profesionales son los aspectos más sobresalientes. Por el contrario, las listas de espera y la información recibida, en sus múltiples facetas, son las principales áreas de mejora detectadas sobre las cuales la organización tendrá que esforzarse para no defraudar las expectativas de los usuarios. Además, cada servicio clínico debería identificar en qué aspectos específicos de la atención debe concentrar sus esfuerzos de mejora, no solamente para que la atención sanitaria recibida sea la adecuada, sino también para que los pacientes perciban que el servicio es de calidad.

Sobre la variabilidad de resultados según unidades clínicas: cuando se analizan cada una de las variables en los diferentes servicios, se aprecia que las puntuaciones que asignan los usuarios a algunos aspectos (amabilidad, etc.) son muy similares en las distintas unidades clínicas. Sin embargo, las puntuaciones fluctúan mucho de servicio a servicio en variables relacionadas con la información y con la lista de espera. Son esos aspectos en los que las unidades clínicas deberían centrar su atención y sus esfuerzos de mejora. Incluso podrían plantear “estrategias de *benchmarking* interno”, solicitando colaboración con aquellas unidades clínicas con puntuaciones excelentes en esos aspectos. El objetivo último de utilizar la unidad clínica

como unidad muestral es proporcionar información relevante a cada Unidad Clínica para que disponga de un “diagnóstico de percepción” que le ayude a implantar actividades de mejora. La evaluación de la repercusión de dichas actividades culminaría el ciclo.



**Figura 73.** Encuestas de satisfacción de pacientes.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial SNS-O.

Sobre la utilización de los resultados: uno de los objetivos de la realización de las encuestas es consolidar el concepto de que los pacientes son actores legítimos a la hora de evaluar la calidad de la atención sanitaria. Al ser el sanitario un servicio muy técnico y los proveedores de la aten-



ción sanitaria en su mayoría licenciados y titulados, muchos profesionales cuestionan que los pacientes tengan suficientes conocimientos para juzgar los servicios sanitarios prestados. Por ello, se realizaron encuestas durante 3 años consecutivos aunque se asumía que en el conjunto de las unidades, la opinión de los pacientes no iba a variar significativamente.

Otra forma de impulsar esta aceptación fue la incorporación de objetivos referentes a los resultados de las encuestas de satisfacción en los contratos que se pactan con los centros y unidades clínicas.

### **Encuestas de percepción sobre listas de espera**

#### ***¿Como viven los pacientes las listas de espera?***

En las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes, una de las áreas de mejora que sistemáticamente se detecta es la relacionada con las listas de espera. Por ello, el estudio realizado pretendía proporcionar un referente a políticos, planificadores y gestores sanitarios para conocer el tiempo máximo que a los pacientes les parece adecuado esperar y las repercusiones que tienen -para los pacientes- las listas de espera. La información obtenida podría facilitar la puesta en marcha distintas actividades (sistemas de priorización, etc.) encaminadas a mejorar la gestión de las listas de espera.

Por una parte, se recogieron las percepciones de los pacientes que estuvieron en lista de espera para ser atendidos en primera consulta (valoración por especialidades), y por otra parte, se recogieron las valoraciones de los pacientes que estuvieron en lista de espera para realizarse una intervención quirúrgica programada. En el Anexo, tabla 11, se recogen los aspectos metodológicos básicos de la encuesta realizada.

### **Resultados**

Con carácter general y del análisis realizado (Tabla 86) se puede observar que:

- Los pacientes no reciben información adecuada de cuál es el tiempo aproximado que van a esperar hasta ser atendidos.
- La duración de la espera para ser atendidos influye en la valoración que los pacientes dan al tiempo que han estado esperando.
- El tiempo que esperan, bien para ser vistos en primera consulta o para ser intervenidos, también influye en el tiempo máximo que parece correcto esperar. De hecho, salvo excepciones, las experiencias previas influyen en las expectativas futuras de forma que a mayor espera, mayor nivel de tolerancia.
- En cualquier caso, la garantía de espera quirúrgica de 180 días se aleja de las expectativas de los pacientes.

- Cuando se analizan los pacientes en su conjunto, se puede apreciar que no se producen importantes empeoramientos, aunque éstos se concentran en grupos concretos de pacientes. Este aspecto es interesante que se tenga en cuenta si la estrategia de futuro fuese priorizar la espera en función de las distintas repercusiones que se pueden ocasionar.
- No obstante, cualquier estrategia de priorización tiene que estar muy meditada para que no vulnere la equidad en el acceso de los ciudadanos.

### **Encuesta sobre atenciones no sanitarias**

En 1999 se realizó una encuesta en la población hospitalizada del Área de Pamplona con la finalidad de conocer la valoración realizada por los pacientes sobre diferentes condiciones de entorno y de las prestaciones de carácter no sanitario recibidas.

Sobre la alimentación suministrada, al principal motivo de insatisfacción era la falta de variedad (sobre todo de desayunos y meriendas) seguida de la inadecuación de los horarios de la comida y de la cena. La población más disconforme en este apartado era la joven (<35 años) y residente en el medio urbano.

Respecto al confort la insatisfacción mayor se centraba en el mobiliario disponible para el acompañante, seguido de las características de la sala de visitas y del baño. La población de mediana edad, de 35 a 65 años, se mostraba la más insatisfecha.

El trato personal recibido por parte de todo el personal resultó muy bien valorado en todos los centros. La información recibida al ingreso en los hospitales grandes aparece como el factor más deficiente en este apartado.

Además de lo referido hasta aquí, la encuesta recogía la opinión de los pacientes respecto a si sentía molestia por el hecho de compartir la habitación, resultando afirmativo para la mitad de los ingresados. Por último, el 38% de los ingresados se mostraron partidarios de limitar el número de visitas por enfermo.

De todo ello, y más allá de la utilidad de este tipo de encuestas para identificar en cada centro áreas de mejora en la atención de los pacientes, cabe concluirse que el ciudadano se muestra sensible a las circunstancias en las que se desarrolla su estancia en el hospital, de acuerdo con las expectativas con las que ingresa y con las que desarrolla a lo largo de su hospitalización. La variedad de factores vinculados a la satisfacción de los pacientes requieren actuar en diferentes áreas de intervención, en unos casos desde una política de inversiones que renueve estructuras y mobiliarios obsoletos y en otros actuando desde la organización para adecuar las prestaciones a las características de cada persona hospitalizada.

**Tabla 86.** Principales resultados obtenidos en las encuestas de percepción.

CONSULTAS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
Percepción del tiempo de espera	
39 días	53 días
Valoración de la espera (0 muy larga a 10 muy corto)	
Media: 5,3 puntos; Mejor valorado: neurología (6,6 puntos); Peor valorado oftalmología (4,3 puntos)	Media: 5,3 puntos; Mejor valorada: prótesis de cadera (6 puntos); Peor valorada: procedimientos neoplásicos malignos (3,3 puntos)
Referente temporal sobre tiempo máximo que les parecería correcto esperar desde que el médico de cabecera les envía al especialista hasta que este último les ve (o tiempo máximo hasta ser intervenido)	
Tiempo máximo: 21 días; para la mayoría de las especialidades: entre 2 y 4 semanas	Tiempo máximo: 43 días; entre 4 semanas (procedimientos by-pass y resecciones tumorales malignas) y 9 semanas (procedimientos uterinos)
% de pacientes con información correcta sobre tiempo de espera	
23%	35%
Valor del empeoramiento por la demora hasta ser atendido; (= ninguno, 10 máximo valor)	
Valor medio: 1,4; 66% ningún empeoramiento; valor medio de los que empeoraron: 4,8 puntos	Valor medio: 0,9; 81% ningún empeoramiento; valor medio de los que empeoraron: 4,6 puntos
Valor del empeoramiento por la demora hasta ser atendido; (= ninguno, 10 máximo valor)	
Valor medio: 1,5; valores más bajos: oftalmología (2 puntos); valores más altos: neurología (4,6 puntos)	Valor medio: 4,3; valores más bajos: hernia (3 puntos); valores más altos: by-pass (6 puntos)
Percepción de la gravedad de la enfermedad	
Valor medio: 4,2 puntos; los pacientes que percibieron mayor gravedad fueron los de cardiología (5 puntos). Los pacientes que percibieron menor gravedad: pacientes urológicos	Valor medio: 5,2 puntos; los pacientes que percibieron mayor gravedad fueron los sometidos a intervenciones de corazón junto con neoplasia maligna. Los pacientes que percibieron menor gravedad: intervenciones de hernia y de ORL
Limitación de las actividades cotizadas debido a la espera	
Valor medio todos: 1,5; 70% ningún empeoramiento; Valor medio de los que empeoraron: 4,9 puntos	Valor medio todos: 1,2; 73% ningún empeoramiento; valor medio de los que empeoraron: 4,7 puntos
% de pacientes que necesitaron ayuda extra de familiares o cuidados a causa de la demora	
Conjunto pacientes: 9,9%; % más alto: neurología (34,6%); % más bajo: dermatología (0,8%)	Conjunto pacientes: 6,8%; % más alto: procedimientos transuretrales (17%); % más bajo: by-pass, colecistectomía, procedimientos uterinos (0%)
% de pacientes que necesitaron alargar la baja laboral debido a la demora	
3,1% de preguntas válidas: Se excluyen los que no trabajan por jubilación	19% de preguntas válidas. Se excluyen los que no trabajan por jubilación, etc.
% de pacientes que consulta a otros profesionales debido a la demora	
En conjunto: 13,1%; Médico de cabecera: 5,8%; especialista: 3,6%; Urgencias: 2,1%; médico privado: 3,0%	En conjunto: 16%; médico de cabecera: 10,7%; especialista: 3,4%; Urgencias: 2,5%; médico privado: 2,1%
% de pacientes que realizaron gestiones para intentar agilizar su situación en la lista de espera	
Total: 4,4%; 2% fueron a los Servicios de Atención al Paciente; 0,4% fueron al médico de familia; 2% realizaron otras gestiones	Total: 7%; 3% fueron a los Servicios de Atención al Paciente; 2% fueron al médico de familia; 2% realizaron otras gestiones
Utilidad de la consulta o de la intervención quirúrgica (0=ninguna; 10= máxima)	
7,4 puntos	8,4 puntos
Mejora de la calidad de vida tras la consulta (0=ninguna; 10= máxima)	
6,6 puntos	7,7 puntos
% de pacientes que por la consulta o intervención les permitió incorporarse a la vida laboral	
66%	73%

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

## **COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

*Luis Gabilondo Pujol\**

En el año 2000, el Servicio Navarro de Salud elaboró un plan de coordinación de la atención primaria-atención especializada con el objetivo general de garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente, e incrementar la eficacia y eficiencia general del sistema, mediante una adecuada organización y una constante relación entre clínicos de ambos niveles asistenciales.

Como acciones previas al Plan de Coordinación, pero fundamentales para su elaboración, en el año 1998 se reguló la libre elección de especialista y la atención personalizada en el ámbito del Servicio Navarro de Salud, Decreto Foral 241/1998, y en el año 1999 se implantó la libre elección de especialista en 12 especialidades, se creó la figura de coordinador de asistencia ambulatoria en estas especialidades y se elaboraron las bases del Plan de Coordinación.

### **Objetivos estratégicos**

Los objetivos estratégicos que persigue el Plan son:

- Garantizar una adecuada atención al paciente, continuada y personalizada.
- Mejorar los sistemas de comunicación y los circuitos asistenciales de citación de los pacientes.
- Formalizar un pacto anual entre atención primaria y atención especializada orientado a reequilibrar la oferta y la demanda de servicios especializados.
- Establecer cauces de interrelación entre responsables clínicos de ambos niveles asistenciales.
- Priorizar áreas clínicas susceptibles de mejora y promover planes de mejora consensuados.
- Impulsar la implicación conjunta de la atención primaria y la especializada en el uso racional de medicamentos.
- Desarrollar una estrategia de formación permanente.

Desde el año 2001 las acciones contempladas se han concretado en un Pacto Anual de Coordinación entre atención primaria y especializada que se evalúa anualmente y en el que además de un pacto de oferta-demanda

---

\* Plan de Coordinación Primaria Especializada del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea.

con objetivos de demora y previsión de actividad hay acciones para ir avanzando en cada uno de los objetivos estratégicos del Plan.

### **Estructuras para la implementación del Plan**

Para el adecuado despliegue del Plan se establecieron las siguientes estructuras de coordinación:

- Comité Técnico del Plan de coordinación: con la participación de las direcciones de primaria y especializada.
- Dirección técnica. El subdirector de Coordinación de Atención Ambulatoria.
- Unidad Técnica del Plan de Coordinación.
- Responsables de la coordinación clínica: jefes de servicio y en su caso los coordinadores ambulatorios en el ámbito de asistencia especializada, los directores de los centros de atención primaria y en su caso los responsables de los planes de mejora de cada especialidad.
- Comités de Mejora. Se constituyeron grupos de mejora en la coordinación en 18 especialidades. Cada uno de estos grupos está compuesto por un especialista de cada uno de los centros del área de Pamplona, uno o dos médicos de familia, un técnico de la unidad técnica de coordinación y un técnico de la unidad de docencia y programación de atención primaria. A cada grupo de mejora se le encargó:
  - Realizar un análisis de la situación de la coordinación en su especialidad.
  - Realizar un Plan de Mejora orientado a:
    - Promover la calidad y la continuidad de la asistencia al paciente.
    - Incrementar la capacidad de resolución de la atención primaria.
    - Simplificar y racionalizar los circuitos asistenciales.
    - Elaborar la batería de criterios clínicos de adecuada remisión de pacientes.
    - Hacer un seguimiento de la situación de la lista de espera y del cumplimiento de los objetivos al respecto establecidos en el pacto.

### **Principales logros del plan**

Desburocratización y mejora de la accesibilidad para el paciente por medio de:

- Garantía de tiempos máximos de espera de 10 días en consultas preferentes.

- Citación directa desde todos los centros de salud del área de Pamplona y de Estella a las agendas de consulta especializada incluidas salud mental y los centros de atención a la mujer.
- Citación directa a consultas desde los servicios de urgencia de los hospitales de Pamplona y Estella.
- Citación directa desde los centros de salud a varias pruebas complementarias.
- Control de la anticoagulación oral en el propio centro de salud en lugar de en el hospital.
- Acceso directo a gastroscopias desde el centro de salud
- Circuitos rápidos de acceso a consulta especializada en sospecha fundada de cáncer de mama, pulmón, colon y recto (en fase de pilotaje).
- Ampliación del nuevo catálogo de exploraciones complementarias accesibles desde atención primaria en el área de Pamplona.

Mejora de la comunicación clínica entre servicios y profesionales:

- Remisión electrónica de informes de consultas y de alta hospitalaria al médico de cabecera e integración automática de los mismos en la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria.
- Acceso informático a los resultados analíticos desde todos los centros de salud y los hospitales.
- Acceso desde Atención Primaria a la Historia Clínica Informatizada de atención especializada y acceso desde atención especializada a la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria.
- Realización, en centros de atención primaria, de sesiones clínicas conjuntas en las especialidades de Dermatología, Endocrinología, Neurología y salud mental.
- Espacio propio en Intranet del Plan de Coordinación con acceso a protocolos consensuados, directorio de centros y profesionales, y al nuevo sistema de Información (SIOC), etc.

Contención y racionalización de la demanda.

- Para lograr una mejor autorregulación entre oferta y demanda se formularon objetivos de demanda por centro de salud y especialidad orientados a contener el excesivo crecimiento de la demanda observado en años precedentes. Se constata una favorable evolución de la demanda en los últimos años (Tabla 87).

Mejora de los sistemas de control y evaluación

- Nuevo Sistema de Información de Origen de Consultas (SIOC) que permite la evaluación mensual del Pacto Oferta - Demanda.

- Remisión individual por profesional de sus tasas específicas de derivación.

**Tabla 87.** Evolución de la demanda de primera consulta de atención especializada.

<b>Año</b>	<b>01/00</b>	<b>02/01</b>	<b>03/02</b>
Demanda desde atención primaria	8,0%	-1,66%	1,29%
Demanda desde atención especializada	13,3%	10,3%	4,6%
Demanda total	9,7%	2,33%	2,46%

Fuente: Plan de Coordinación primaria especializada. SNS-O.

Protocolos y guías elaboradas en las principales especialidades disponibles en Intranet y incorporadas, buena parte de ellas, a las aplicaciones informáticas en uso en atención primaria (OMI):

- Atención a personas con riesgo cardiovascular.
- Guía de Patología Tiroidea.
- Guía de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Protocolo de Cirugía Menor.
- Protocolo de Convulsión Febril.
- Protocolo de Infección Urinaria en el niño.
- Protocolo de Cefalea en el niño.
- Guía de Salud Mental Infantil.
- Protocolo de Lumbalgias.
- Protocolos de Sospecha fundada cáncer (Mama, Próstata, Pulmón, Colon y Recto).
- Anticoagulación oral.
- Patología vascular.
- Atención a la población infantil y adolescente.
- Atención a la persona en situación terminal y a su familia.
- Valoración del Anciano.
- Protocolo de Diabetes (en fase de revisión final).
- Protocolo de Demencias (en fase de revisión final).
- Catálogo de pruebas complementarias disponibles en AP.

El pacto se evalúa anualmente en todos sus objetivos y se realiza una encuesta de valoración de la coordinación entre los responsables clínicos de la coordinación y una encuesta de valoración de la calidad del vo-

lante de derivación, presentándose la evaluación en una “Jornada anual de coordinación”.

### **Problemas a afrontar**

Autorregulación oferta demanda.

- Estableciendo objetivos de actividad y compromisos de demanda por equipo de atención primaria y por especialidad.
- Planteando objetivos específicos en especialidades con mayores crecimientos de la demanda: Cirugía Vasculuar, Neurología, Dermatología, Oftalmología y Traumatología

Mejora de los circuitos asistenciales y de citación de pacientes

- Extendiendo la cita descentralizada a todos los centros del área de Tudela.
- Poniendo en marcha un nuevo procedimiento de alta de consultas, que favorezca que el seguimiento de los procesos más frecuentes vuelva a atención primaria
- Extendiendo la autogestión de citas sucesivas a más especialidades.
- Ampliando a las Áreas de Estella y Tudela, con las modificaciones oportunas, el nuevo “Catálogo de exploraciones complementarias accesible desde Atención Primaria”.
- Extendiendo la Cirugía Menor en Atención Primaria.

Aplicar propuestas establecidas por los propios Comités de Mejora de las principales especialidades.

- Constitución de nuevos Comités de Mejora en las especialidades de Medicina Interna y Oftalmología para el Área de Pamplona y en las principales especialidades en las Áreas de Estella y Tudela.
- Elaboración de nuevas guías, vías y consensos técnicos en: Sospecha fundada de Cáncer (Hematológico, Endometrio - Ovario, Vejiga, Cabeza - Cuello y Tracto Gastro Superior), Asma Infantil, Asma Adulto, etc.
- Reformulación de circuitos asistenciales y en su caso diseño de protocolos y/o formularios de acceso directo a subespecialidades.
- Extensión de las “Sesiones clínicas de coordinación” a 10 especialidades.
- Diseño y puesta en marcha de protocolos de seguimiento clínico y gestión de altas en 11 especialidades.
- Puesta en marcha de experiencias piloto de “Interconsultas sin derivación” en las especialidades de: Salud Mental, Alergología, Neurología, ORL infantil.
- Aprobación del Programa de Mejora de la Atención al Dolor en Navarra.



Mejorar los sistemas de información clínica.

- Análisis funcional y desarrollo de una aplicación informática de comunicación para realizar “Interconsultas sin derivación”.
- Diseño de la información básica de todo paciente (Historia Clínica Común).
- Elaboración semiautomática de formularios específicos de derivación para determinados procesos, unidades subespecializadas o exploraciones.
- Actualización automática bidireccional entre la base de datos de historias clínicas de atención especializada y la Base de Datos Sanitaria y extender a todas las áreas las experiencias positivas.

Impulsar la implicación conjunta en el uso racional de medicamentos

- Incorporando a los protocolos-guías de práctica clínica criterios de uso racional de medicamentos.
- Adaptando la historia clínica de especializada para que las indicaciones/recomendaciones terapéuticas en los informes se realicen en forma de principios activos.

## ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL\*

### ATENCIÓN PRIMARIA

#### **Programa de atención al paciente terminal de atención primaria – Hospital San Juan de Dios. Desarrollo 1996-2004**

Una parte importante de la prestación de cuidados paliativos a los pacientes en situación terminal en nuestra comunidad se realiza de forma conjunta entre los profesionales de atención primaria y el Hospital San Juan de Dios de Pamplona a través del Programa de Atención Integral al Paciente Terminal (Cuidados Paliativos) que se formalizó en octubre de 1996 a través de un convenio entre ambas entidades y que posteriormente y

---

\* Elaborado a partir de la “Propuesta organizativa de la atención en cuidados paliativos en Navarra” elaborado por el grupo de trabajo compuesto por: Carlos Amézqueta, Ana Galíndez, Alain Giacchi, Álvaro Gimeno, Rosa López y Ruth Vera.

hasta el momento actual se ha venido ratificando en el concierto anual entre el SNS-O y el Hospital San Juan de Dios:

Tras una fase de pilotaje en el año 1997, el año 1998 el programa se extendió a todas las zonas básicas del área de Pamplona. Coincidiendo con la elaboración de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, la 'Atención al Paciente Terminal' se considera un servicio optativo hasta el 2000 y servicio básico desde el 2001 y por tanto de obligado cumplimiento en todas las zonas con los siguientes requisitos de calidad:

- Existencia de protocolo de actuación consensuado por los profesionales socio-sanitarios del EAP o adhesión al elaborado por la Dirección de Atención Primaria.
- Registro de casos.
- Existencia de información en el domicilio del paciente, que permita la continuidad asistencial.

Criterios de inclusión: paciente con enfermedad irreversible y progresiva con una expectativa de vida no superior a seis meses.

En el año 2000 se elaboró la "Guía de actuación para la Atención a la persona en situación terminal y a su familia en Atención Primaria" que centra la actuación de todos los profesionales de primaria desde su publicación, habiéndose impartido múltiples sesiones docentes.

La atención urgente tanto en el centro como en domicilio es prestada por los servicios de urgencias extrahospitalarias.

### **Actividades concertadas**

Las actividades de apoyo concertadas actualmente con la Unidad de Cuidados Paliativos de San Juan de Dios en el Área de Pamplona son:

- Consulta telefónica médica hasta las 22 horas dirigida a prestar soporte a los equipos de atención primaria y a los servicios de urgencias. En horario de mañana asesoramiento telefónico de enfermería.
- A requerimiento del médico de familia, visita domiciliaria conjunta del médico de San Juan de Dios con el personal del EAP para valoración del caso y elaboración consensuada del Plan de Cuidados.
- Evaluación ambulatoria inmediata del paciente en Consulta Externa de SJD.
- Formación y asesoramiento en cuidados paliativos del personal de AP. Sesiones clínicas conjuntas y rotaciones por Unidad de Paliativos.
- Internamiento hospitalario del paciente a requerimiento del médico de primaria.

No existe equipo de apoyo en las áreas de Estella y Tudela.

## **Recursos hospitalarios**

### ***Servicio Oncología***

Es el recurso más utilizado en la actualidad. Tiene la ventaja del conocimiento por parte del paciente del propio centro, sus circuitos y los médicos que lo visitan, la posibilidad de control ambulatorio, la posibilidad de hospitalización, la atención en urgencias las 24 horas, y el fácil acceso a otros recursos como la unidad del dolor, rehabilitación o psicólogo. Por contra, carece de una estructura que permita la hospitalización a domicilio y, se produce una saturación de las consultas y de la hospitalización.

Así mismo, la hospitalización de pacientes terminales en unidades de hospitalización de agudos presenta inconvenientes tanto de modelo de cuidados como de elevados costes unitarios.

### **Otros servicios hospitalarios**

Además del Servicio de Oncología otros unidades asistenciales de los hospitales de la red prestan cuidados a pacientes en las etapas finales de su vida, así, la Unidad del Dolor, servicios de rehabilitación, servicios de urgencia hospitalaria y otros servicios asistenciales que atienden localizaciones tumorales específicas (hematología, urología, ORL, digestivo, ginecología...).

### **Hospital San Juan de Dios**

Recurso específico con una valoración de sus actuaciones muy positiva tanto por parte de atención primaria como por parte del Servicio de Oncología Médica y de las familias de los pacientes. Recibe pacientes desde el hospital (66%) y desde Atención Primaria (34%).

Tiene la ventaja de la especialización de sus profesionales y de una experiencia de 12 años; ofrece la posibilidad de atender al paciente en consultas externas, hospitalización convencional (dispone de 19 camas en habitación individual) y hospitalización a domicilio, además de tener acceso a otros recursos como laboratorio, radiología o rehabilitación. Ofrece la posibilidad de relación cercana entre los profesionales del Servicio de Oncología y del Hospital San Juan de Dios, con realización de sesiones y pase de visita en hospitalización conjunta. Por contra, no ofrece cobertura a toda Navarra, y el acceso desde atención especializada es dificultoso, de forma que sólo se pueden derivar pacientes que se encuentran hospitalizados.

El modelo de cuidados en la hospitalización resulta más adecuado y económico.

Los ciudadanos asocian su imagen con la fase terminal de la vida.

### Actividad en relación con el programa

En la actualidad alrededor de 1.100 personas aparecen registradas en el conjunto de centros de salud de Navarra en concepto de pacientes terminales. Cada año ingresan en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios entre 300 y 325 pacientes presentando una estancia media de 20 días. Las llamadas atendidas desde esa Unidad en relación con consultas por cuidados paliativos son 1.500 al año (Tabla 88).

**Tabla 88.** Programa atención al paciente terminal. Datos fundamentales actividad.

	1997	1998	2000	2002	2003
Nº zonas básicas programa implantado	19	27	42	53	54
Nº pacientes registrados en Centros de AP*		419	874	1.163	1.073
Nº pacientes ingresados en Hospital S. Juan de Dios	256	287	319	333	317
Nº estancias producidas en Hospital S. Juan de Dios	5.295	5.916	6.449	6.676	6.780
Estancia media en Hospital S. Juan de Dios	20,68	20,61	20,22	20	21,39
Nº llamadas telefónicas		1.007	1.500	1.500	1.171

\* El número de pacientes registrados en los centros incluye pacientes terminales en global. No solo oncológicos ni únicamente en atención domiciliaria.

### Estimación de pacientes oncológicos a atender

Los datos disponibles de mortalidad por cáncer y las previsiones de pacientes que necesitan atención en domicilio permiten estimar en 674 las personas que requerirán atención domiciliaria por cáncer en el conjunto de Navarra (Tabla 89).

**Tabla 89.** Previsión de pacientes oncológicos candidatos a cuidados paliativos.

	Navarra	Área Pamplona	Área Estella	Área Tudela
Población	578.210	427.945	62.064	88.201
Mortalidad anual por cáncer por 100.000 habitantes: 238	1.376	1.019	148	210
Terminal (70%)	963	713	103	147
Terminal en su domicilio (70%)	674	499	72	103

### Valoración del modelo de atención

- **Dificultad en la captación.** El paciente no suele ser remitido al programa por el servicio de atención especializada que lo está controlando. Es captado directamente por el médico de atención primaria. El diagnóstico de terminalidad llega tarde y mal al médico de atención primaria, lo que provoca “agujeros” en la continuidad

de cuidados entre la atención hospitalaria, la atención primaria y el equipo de atención domiciliaria. Falta por lo tanto consensuar criterios de remisión y de terminalidad, y resulta necesario definir el procedimiento y el circuito de captación, así como asegurar una adecuada comunicación e información entre los profesionales.

- **La cobertura actual del programa es muy limitada.** Como ha quedado dicho no se cubren las áreas de Estella y Tudela y por lo que respecta al Área de Pamplona el programa sólo cubre a un 50-60% de la población diana.
- **Dificultad en garantizar la incorporación al programa y su cumplimiento.** Una vez identificado el paciente no existen garantías de que al paciente se le haya ofertado y esté recibiendo la adecuada atención con los criterios de calidad que como paciente terminal propugna la Guía. No está informatizado el protocolo. Así mismo, falta la realización de una valoración inicial por la Unidad de Cuidados Paliativos y la elaboración conjunta de un plan de cuidados. En muchos casos esta valoración puede y debe ser previa a la propia definición de situación terminal.
- **Dificultad para identificar un responsable del paciente.** Es una realidad que en muchos momentos esta responsabilidad esta repartida, y en ocasiones diluida, entre varios profesionales; habitualmente varios especialistas y/o médico de cabecera y/o paliativista.
- **Imposibilidad de prestar atención en domicilio a pacientes complejos.** Estos pacientes precisarían mayor atención por parte del equipo de cuidados paliativos de lo que el concierto actual permite.

## ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

*Ander Arrazola Aranzadi\*, Idoia Gaminde Inda\**

### CAMBIOS NORMATIVOS RECIENTES

- Por el Decreto Foral 604/1995 la Subdirección de Salud Mental aparece vinculada y dependiente de la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental, entendiéndose que esa adscripción fa-

---

\* Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

vorecía la deseada y buscada coordinación entre los profesionales y servicios de salud mental y de primaria. El Decreto Foral 276/2003 (BON núm. 130) por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea, establece en sus artículos 35 y 36 la nueva estructuración de los servicios de salud mental, con el propósito de “organizar la Red de Salud Mental con carácter independiente de la de Atención Primaria, gestionada de forma autónoma en el ámbito de la Atención Especializada, y orientada a la gestión clínica del proceso asistencial”.

La Subdirección de Salud Mental aparece dependiente de la Dirección de Ambulatorios y Asistencia Extrahospitalaria (Dirección de Asistencia Especializada). De aquella, dependen:

Los centros y servicios asistenciales comunitarios de Salud Mental.

Los dispositivos de rehabilitación de Salud Mental.

El Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier”.

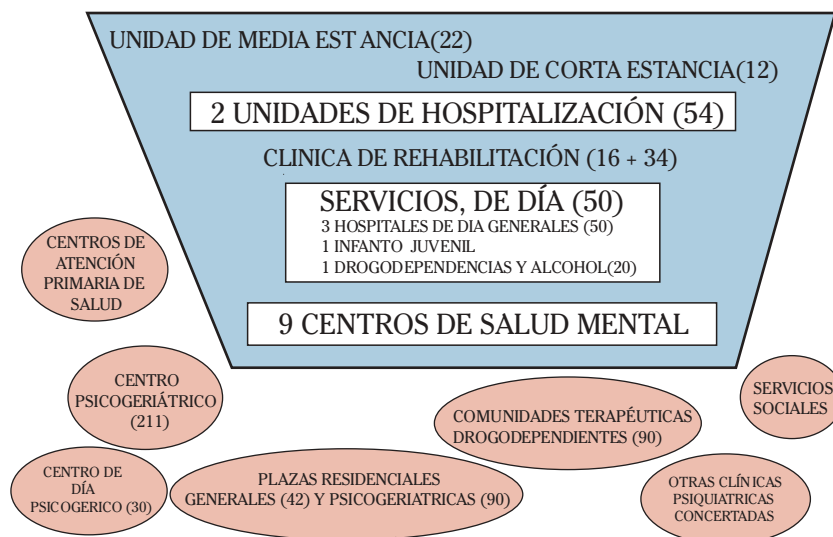
- El Decreto Foral 246/1998 regula la transformación del Hospital Psiquiátrico “San Francisco Javier” en Centro Psicogeriátrico. (BON núm. 107), al cual se le asigna la misión de dar servicio a personas mayores de sesenta y cinco años que presenten déficits cognitivos y problemas conductuales como consecuencia de demencias del tipo Alzheimer, degenerativas u otras. El Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier” desarrollará sus funciones en las siguientes áreas: a) En el área residencial, prestando atención continuada y permanente a personas con demencia en fase grave en régimen de alojamiento, manutención y atención integral. b) En el área de centro de día, prestando servicios en régimen de atención parcial a personas que padezcan demencia en fase menos grave, compatible con el mantenimiento en su propio domicilio. c) En el área de apoyo, desarrollando funciones de asesoramiento y colaboración a los Servicios Sociales de Base, los Centros de Salud de Atención Primaria y Centros de Salud Mental, las familias, los cuidadores y, en general, al resto de instituciones competentes en materia de servicios sociales y sanitarios.
- La Ley Foral 13/1999 sobre régimen de funcionamiento del Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier”, en cuyo artículo 3 “Se reconoce como objeto de prestación social la minusvalía derivada de la enfermedad mental que tendrá el alcance de las atenciones previstas en la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, de Servicios Sociales de Navarra.”
- Mediante la OF 204/1999 (BON nº16 de 2000) del Consejero de Bienestar Social, entre otras, se establecen los servicios de resi-

dencia asistida para personas con enfermedad mental así como pisos funcionales y tutelados para estas personas. Además, establece la creación de dos módulos: sanitario y social y su correspondiente tarificación.

### Recursos de la red de salud mental

La tipología de servicios que participan en la atención de los pacientes de salud mental es muy variada (Fig. 74). Unos participan de forma más intensiva en el diagnóstico y tratamiento de la patología psiquiátrica, preferentemente en la fase aguda. Otros actúan sobre poblaciones específicas (pacientes con demencia o drogodependientes) o colaboran en alguna de las etapas de la atención dando cuidados en etapas intermedias entre la hospitalización y la vida en la comunidad.

Atendiendo a los recursos humanos que trabajan en los centros asistenciales de salud mental se constata que, cada tipología de centro presenta la estructura de profesionales acorde con las funciones asistenciales que desempeña. Destaca por su cuantía el personal vinculado al Centro Psicogeriátrico San Francisco de Javier, el cual refleja en buena parte su pasado histórico como manicomio y en otra parte su realidad actual de central de servicios para otros centros asistenciales del SNS-O (Tabla 90).



**Figura 74.** Recursos de salud mental en Navarra. 2003.

Fuente: Memorias de la Subdirección de Salud Mental. SNS-O.

**Tabla 90.** Recursos humanos trabajando en la red de salud mental, 2003.

	Centros de Salud Mental	Hospital de Día Infanto Juvenil	Hospitales de Día	Clínica Rehabilitación	Hospitalización	Centro Psicogeriátrico	Drogo-dependencia	Total
Psiquiatra	23,3	2	2	1	7	2		37,3
Médico						2	3	5
Psicólogo	14	2	2	3	1	1	4,5	27,5
ATS	14	1	3	4	20	14		56
T Social	9	1	2	2	2	2	1	19
Aux. Clínica	5	1						6
Auxiliar ATS			3	21	44	227	1	296
Ter. Ocupacional			1	1		3		5
Educadores			3	1			11	15
Monitores*						3	16	19
Adv. SSGG	15	1	2	1	2	106	4	131
Profesor							2	2
Psicomotricidad		1						1
Total	80,3	9	18	34	76	360	42,5	619,8

\* Algunos a tiempo parcial

Fuente: Subdirección de Salud Mental. SNS-O.

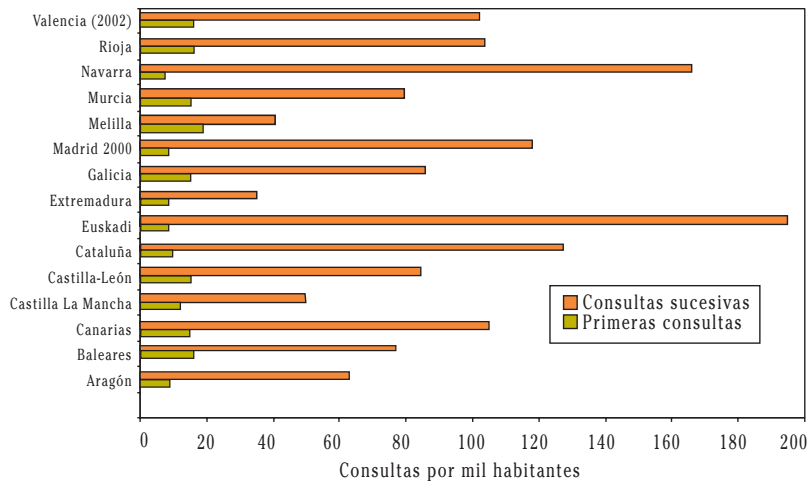
Cada año, en los centros de salud mental se atienden aproximadamente 17.500 pacientes, de los cuales 4.500 son nuevos, dándose un total de unas 88.000 consultas. El peso de los menores de 16 años es bastante superior entre los pacientes nuevos, 17,7%, que entre los pacientes totales, 9,1%, siendo ello expresión de la utilización de este tipo de consultas para realizar valoraciones que no requieren continuidad (Tabla 91). La frecuentación en las consultas de salud mental estudiada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría da como resultado que Navarra con 174 consultas por 1.000 habitantes mayores de 16 años es la segunda CCAA con mayor frecuencia, tras la Comunidad Autónoma del País Vasco, 201 consultas por 1.000 (Fig. 75).

**Tabla 91.** Población atendida en los centros de salud mental.

	PACIENTES NUEVOS		PACIENTES TOTALES	
	N	%	N	%
≤ de 16 años	853	17,7	1.608	9,1
de 17 a 64 años	3.402	70,6	13.192	74,9
> de 64 años	565	11,7	2.816	16
Total	4.820	100	17.616	100

Fuente: Memoria de Salud Mental 2002. SNS-O.





**Figura 75.** Actividad asistencial unidades / centros salud mental adultos. 2003.

Fuente: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

A la vista de la actividad desarrollada en el año 2003 por cada tipo de programa vigente en los centros de salud mental, se puede comprobar que el 43,6% de las consultas habidas lo han sido para los trastornos mentales graves, con un promedio de 6,6 consultas por cada paciente visitado. Este colectivo representa el 22% de los pacientes nuevos y el 34% del total de pacientes de ese año. Del mismo modo los pacientes con problema de drogodependencia reciben en promedio 6,3 consultas al año, si bien representan solo el 9,4% de los pacientes totales (Tabla 92).

**Tabla 92.** Distribución de los pacientes según programas. 2003.

PROGRAMAS	PACIENTES				CONSULTAS		Consultas por paciente
	TOTALES		NUEVOS		TOTALES		
	N	%	N	%	N	%	
T. mentales graves (TG)	5.797	34,5	1.002	22,3	38.505	43,6	6,6
Trastornos mentales menos graves (RE)	6.560	39,1	1.799	40,1	28.065	31,8	4,3
P. Infanto-Juvenil (IJ)	1.595	9,5	826	18,4	6.925	7,8	4,3
P. Drogodependencias (DR)	1.584	9,4	286	6,4	10.039	11,4	6,3
Aplazados (AP)/Error	1.255	7,5	577	12,9	4.707	5,3	3,8
<b>TOTAL</b>	<b>16.791</b>	<b>100</b>	<b>4.490</b>	<b>100</b>	<b>88.241</b>	<b>100</b>	<b>5,3</b>

TG =Programa de Atención Preferente; IJ incluye sus aplazados.

Fuente: Subdirección de Salud Mental. SNS-O.

### Cambios en la morbilidad atendida en los centros de salud mental

En los diagnósticos habidos en los pacientes nuevos se mantienen básicamente las mismas categorías de diagnósticos que en 1993, siendo igual en número el total de pacientes nuevos atendidos. Aumentan ligeramente los diagnósticos de psicosis y bajan así mismo los de drogodependencia, sobre todo por opiáceos (Tabla 93).

Los pacientes totales vistos en 2003 fueron un 30% más que en 1993. Destaca el grupo de pacientes con diagnóstico de psicosis, con un incremento del 68%, y dentro de éstas, el incremento de las psicosis afectivas. Bajan en porcentaje (que no en número) los diagnósticos de neurosis y de drogodependencia.

**Tabla 93.** Diagnósticos registrados en los pacientes atendidos en los centros de salud mental. Años 1993 y 2003.

	PACIENTES NUEVOS					TOTAL PACIENTES				
	AÑO 2003		AÑO 1993		03/93	AÑO 2003		AÑO 1993		03/93
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>PSICOSIS</b>	<b>789</b>	<b>17,6</b>	<b>670</b>	<b>14,7</b>	<b>1,17</b>	<b>4.582</b>	<b>27,3</b>	<b>2.726</b>	<b>21,2</b>	<b>1,68</b>
Psicosis orgánica	70	1,6	184	4,0	0,38	248	1,5	421	3,3	0,58
Esquizofrenia y T. Paranoide	128	2,9	101	2,2	1,26	1.442	8,6	823	6,4	1,75
Psicosis afectivas	584	13,0	339	7,4	1,72	2.760	16,4	1.253	9,7	2,20
Otras psicosis	7	0,2	46	1,0	0,15	132	0,8	229	1,8	0,57
<b>NEUROSIS</b>	<b>1.482</b>	<b>33,0</b>	<b>1.534</b>	<b>33,6</b>	<b>0,96</b>	<b>5.240</b>	<b>31,2</b>	<b>4.651</b>	<b>36,1</b>	<b>1,12</b>
Trastorno distímico	88	2,0	255	5,6	0,34	754	4,5	1.241	9,6	0,60
T. por ansiedad	603	13,4	426	9,3	1,41	1.987	11,8	1.400	10,9	1,41
T. somatoforme	40	0,9	126	2,8	0,31	275	1,6	430	3,3	0,64
T. adaptativo	655	14,6	707	15,5	0,92	2.007	12,0	1.536	11,9	1,30
Otros	96	2,1	20	0,4	4,80	217	1,3	44	0,3	
<b>DROGODEPENDENCIAS</b>	<b>278</b>	<b>6,2</b>	<b>367</b>	<b>8,0</b>	<b>0,75</b>	<b>1.670</b>	<b>9,9</b>	<b>1.360</b>	<b>10,6</b>	<b>1,22</b>
Alcohol	149	3,3	192	4,2	0,77	721	4,3	693	5,4	1,04
Opiáceos	48	1,1	122	2,7	0,39	649	3,9	534	4,1	1,21
Otras	81	1,8	53	1,2	1,52	300	1,8	133	1,0	2,25
<b>RETRASO MENTAL</b>	<b>31</b>	<b>0,7</b>	<b>29</b>	<b>0,6</b>	<b>1,06</b>	<b>192</b>	<b>1,1</b>	<b>153</b>	<b>1,2</b>	<b>1,25</b>
<b>V. FACTORES</b>	<b>424</b>	<b>9,4</b>	<b>590</b>	<b>12,9</b>	<b>0,71</b>	<b>1.178</b>	<b>7,0</b>	<b>1.174</b>	<b>9,1</b>	<b>1,00</b>
<b>OTROS</b>	<b>705</b>	<b>15,7</b>	<b>489</b>	<b>10,7</b>	<b>1,44</b>	<b>2.392</b>	<b>14,2</b>	<b>1.198</b>	<b>9,3</b>	<b>1,99</b>
<b>DIAG. APLAZADO</b>	<b>781</b>	<b>17,4</b>	<b>886</b>	<b>19,4</b>	<b>0,88</b>	<b>1.537</b>	<b>9,2</b>	<b>1.606</b>	<b>12,5</b>	<b>0,95</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.490</b>	<b>100</b>	<b>4.565</b>	<b>100</b>	<b>0,98</b>	<b>16.791</b>	<b>100</b>	<b>12.868</b>	<b>100</b>	<b>1,30</b>

Fuente: Subdirección de Salud Mental. SNS-O.

### Situación de la atención al trastorno mental en Navarra

Desde la aprobación del Plan de Salud en el año 2001, en el que se evaluaba las transformaciones que se habían producido desde la aprobación del Plan de Salud Mental en 1986, y se proponían una serie de objetivos para mejorar la situación, se han realizado diferentes esfuerzos.

La subdirección de salud mental se ha integrado en la Dirección de Atención Especializada, teniendo que plantearse su relación con Atención Primaria como un ámbito más de la Atención Especializada. Esto ha supuesto la apertura de agendas de citación desde atención primaria y la incorporación a la historia clínica informatizada.

En diferentes ediciones del Plan Docente del Departamento de Salud se ha incorporado la formación en materia de salud mental, desarrollándose cursos centrados en la evidencia clínica para psiquiatras y psicólogos. También se programa formación para médicos y enfermeras de Atención primaria, centrándose en la atención a los trastornos menos graves.

Por último, hay que señalar que recientemente el Departamento de Bienestar Social ha aprobado la “Propuesta de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave”, en el que en colaboración con el Departamento de Salud, proponen la puesta en marcha de un programa que, recogiendo el marco teórico ya elaborado, consensuado y compartido por todos los sectores implicados, proponga, desde un análisis de los datos reales de necesidades/recursos, la creación de una red básica de servicios implementada fundamentalmente desde el ámbito social. Esta red básica viene a completar la red de recursos socio-sanitarios para enfermos mentales, siguiendo un modelo de atención biopsicosocial donde se garantice la asistencia, rehabilitación e integración en la comunidad del enfermo mental grave, como ciudadano que forma parte de la misma”.

## **LOS SERVICIOS DE SALUD LABORAL**

*Mariano Gallo Fernández\**

### **CAMBIOS NORMATIVOS Y ESTRUCTURALES EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

#### **La Ley de Prevención de Riesgos Laborales y su normativa de desarrollo**

En la década 1993-2003 se han producido importantes cambios en la normativa de seguridad y salud en el trabajo motivada en gran parte por la obligación de transponer un número importante de Directivas Europeas,

---

\* Instituto Navarro de Salud Laboral.

la necesidad de dar un nuevo enfoque preventivo a esta materia y la adaptación a nuevas situaciones.

La aprobación de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, supuso el mayor hito en esta materia. A continuación ha sido desarrollada reglamentariamente con la publicación de múltiples normas en los años siguientes, debiendo hacerse una mención especial al Reglamento de los Servicios de Prevención. De todos modos dicha ley ha sufrido una importante modificación en diciembre de 2003, con la aprobación de la Ley 54/2003 de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. Esta última norma aclara, modifica y refuerza un pequeño pero importante número de aspectos relacionados con la Ley 31/1995, especialmente referidos a la integración y planificación de la prevención, la coordinación, la presencia de recursos preventivos en los centros de trabajo y las responsabilidades e infracciones.

Hasta entonces los aspectos preventivos existían, pero bajo mínimos. Salvo ciertas honrosas excepciones la prevención de riesgos laborales apenas se vislumbraba. Como mucho existía una cultura reactiva ante un daño, más bien grave, o ante una sanción. Por tanto la prevención era muy escasa, aunque no totalmente ausente. Y si estas carencias eran manifiestas ante el riesgo de accidente de trabajo, cuya inmediatez era más evidente, se puede afirmar que respecto a las enfermedades profesionales, cuya relación causa efecto es menos nítida y se suelen exigir períodos de tiempo mucho más prolongados, las actuaciones preventivas eran anecdóticas al menos en las pequeñas empresas, salvo algunas patologías muy emblemáticas en determinados sectores.

Con el nuevo enfoque normativo se pretendía crear una cultura preventiva insistiéndose en aspectos como la universalización, la evaluación de riesgos, la planificación preventiva, la integración de la prevención, la formación, la información, la participación, la responsabilidad empresarial y la actuación multidisciplinar. Otro hecho importante es la creación de nuevas modalidades organizativas de la prevención en la empresa pudiendo ser con recursos propios (Asunción empresarial, Trabajadores designados o Servicios de prevención propios, con la peculiaridad de los mancomunados), con medios externos (Servicios de prevención ajenos, en los que las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales asumen un nuevo e importante papel) o con sistemas mixtos.

Las contingencias laborales en España, y en especial las enfermedades profesionales, se han encontrado tradicionalmente envueltas en un marco monetarista y, en parte, rígidamente normativizado, dentro de una cultura indemnizatoria. Se partía de una relación de trabajo por cuenta ajena, de unas definiciones legales en los accidentes de trabajo o de una lista cuasi cerrada de patologías relacionadas con una serie de actividades la-

borales, respecto a las enfermedades profesionales, y de unas compensaciones que intentaban paliar o compensar el daño producido.

El nuevo enfoque normativo, destinado a crear una cultura esencialmente preventiva, que se pretende conseguir desde la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y su normativa de desarrollo, ha ido calando lentamente en las empresas. En los aspectos relacionados con los accidentes de trabajo la sensibilidad es mayor y se están realizando importantes acciones en muchas empresas. Se están dando grandes avances en términos relativos respecto a la situación de hace varios años, pero en valores absolutos aún falta mucho camino hasta alcanzar unas metas óptimas. Esto supone que las acciones preventivas mayoritarias, al menos en las pequeñas empresas, se centran en la seguridad en el trabajo. La prevención de riesgos laborales enfocada a evitar las enfermedades profesionales y las relacionadas con el trabajo continúa estando en niveles muy bajos.

Las contingencias laborales en España, y en especial las enfermedades profesionales, se han encontrado tradicionalmente envueltas en un marco monetario y, en parte, rígidamente normativizado, dentro de una cultura indemnizatoria. Se partía de una relación de trabajo por cuenta ajena, de unas definiciones legales en los accidentes de trabajo de una lista casi cerrada de patologías relacionadas con una serie de actividades laborales, respecto a las enfermedades profesionales, y de unas compensaciones que intentaban paliar o compensar el daño producido.

Han ido entrando nuevos colectivos en la cobertura de las contingencias profesionales, aprobándose en 2003 una nueva normativa que permite incorporarse de forma voluntaria a estas prestaciones a los pertenecientes al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos. Hasta ahora la respuesta ha sido muy escasa.

Un hecho importante ha sido la modificación del Parte de Declaración de Accidente de Trabajo que ha entrado en vigor el 1 de enero de 2003. Este nuevo documento recoge más datos y se cumplimenta de forma electrónica (Sistema Delt@). De todos modos en dicho año se ha permitido utilizarlo en formato papel o electrónico, lo que unido a un nuevo modelo más complejo ha ocasionado importantes retrasos y deficiencias en su cumplimentación. Desde 2004 ya es obligatoria la vía electrónica, con lo que se espera una mejor utilidad en el futuro.

Sin embargo, en el caso de las enfermedades profesionales existe un sistema de notificación anticuado, inadecuado y no unificado. El actual modelo oficial de Parte de Enfermedad Profesional data de 1973. Aún en el caso de ciertas Comunidades Autónomas como Navarra en las que se han arbitrado mecanismos complementarios de información existen importantes dificultades pues es una herramienta obsoleta que urge modificar. A la

Administración Sanitaria no le suele llegar información de dichos modelos, salvo en ciertos casos como Navarra.

La lista de enfermedades profesionales es limitada y no está actualizada. El vigente Cuadro de Enfermedades Profesionales de 1978 es bastante limitativo al encorsetarse en una serie de patologías y en unas actividades relacionadas capaces de producirlas, siendo de hecho una lista cuasi bloqueada. A pesar de los compromisos existentes aún no se ha modificado, adaptándola a la Lista Europea. Esto sólo solucionaría una parte del problema, siendo preciso adaptarlo más al concepto de daños derivados del trabajo.

Estas limitaciones normativas permiten encontrar múltiples casos de patologías claramente laborales, pero dichas enfermedades no están listadas o no aparece en el cuadro el agente causal o la actividad relacionada. En el mejor de los casos se puede conseguir que se considere enfermedad del trabajo y se acepte como accidente de trabajo. Esto soluciona el aspecto indemnizatorio, pero dispersa el conocimiento real del problema. Y en la mayoría de las ocasiones pasan a engrosar las cifras de enfermedades por contingencias comunes. Estas situaciones llevan a una infradeclaración real de casos.

### **Cambios estructurales públicos y privados en seguridad y salud en el trabajo**

En Navarra el Instituto Navarro de Salud Laboral se creó mediante el DF 435/1992, de 28 de diciembre, empezando a actuar como organismo autónomo tras su publicación en el BON del 25 de enero de 1993. La Comunidad Foral de Navarra desde hace muchos años ha tenido clara una visión de la salud laboral integral, huyendo de actuaciones fragmentarias y a veces enfrentadas orientadas a considerar la seguridad y salud en el trabajo desde una óptica de las relaciones laborales o de la salud pública de forma aislada. Se ha intentado superar el binomio salud-trabajo y la falsa división de la persona en trabajador en su horario laboral y ciudadano el resto de la jornada.

La creación de este organismo autónomo, adscrito al Departamento de Salud, potenció las actuaciones de seguridad y salud en el trabajo. Se unieron en un mismo organismo técnico funciones que en otras Comunidades Autónomas estaban dispersas en los ámbitos de Trabajo, Salud Pública, Incapacidades Laborales, Asistencia sanitaria, OSME; y ha actuado cotutelado desde las Direcciones Generales de Salud y Trabajo, en un ambiente de colaboración y respeto absoluto a las diferentes competencias de las autoridades laboral y sanitaria, pero con el apoyo de un órgano técnico común.

Navarra se adelantó tres años en la aplicación de muchos aspectos que se incorporaron a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. La es-

estructura orgánica de dicho Instituto se modificó en diciembre de 1995 por el DF 545/1995, de 13 de noviembre, con alguna adaptación aconsejada por los cambios normativos y la experiencia.

En mayo de 1998, mediante el DF 135/1998, de 20 de abril, se realizó el último cambio estructural importante al adaptarse la normativa de prevención de riesgos laborales al ámbito de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra. Se separan del Instituto Navarro de Salud Laboral las funciones y medios dirigidos a la seguridad y salud de los propios empleados públicos del Gobierno de Navarra y se crean tres servicios de prevención en cada uno de sus tradicionales ámbitos de negociación colectiva (Presidencia, Educación y Servicio Navarro de Salud), quedando el INSL desarrollando su acción planificadora, directiva e inspectora de todo el entramado laboral de Navarra.

En estos últimos diez años han sido múltiples las actuaciones realizadas. Merecen especial mención los tres diagnósticos de salud laboral elaborados:

- El de 1993 con motivo de la creación del Instituto Navarro de Salud Laboral.
- El del período 1994-1996 para la preparación del Plan de Salud Laboral que fue aprobado por el Gobierno de Navarra en 1999.
- El del período 1997-1999 para evaluar la puesta en marcha de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Está previsto publicar los próximos con carácter quinquenal, lo que no es obstáculo para seguir registrando, analizando y publicando datos de forma continuada.

Se debe resaltar:

- El gran desarrollo alcanzado por el sistema de información de salud laboral de Navarra, que ha permitido enriquecer el análisis de los daños laborales y la vigilancia epidemiológica.
- La realización de la I Encuesta de Salud y Condiciones de Trabajo de Navarra, con la incorporación de datos de valoración subjetiva. En 2004 se ha iniciado la II Encuesta.
- La colaboración entre el Servicio Navarro de Salud y el Instituto Navarro de Salud Laboral, con importantes novedades como los programas de vigilancia epidemiológica laboral, la realización de exámenes de salud postocupacionales en antiguos expuestos al amianto y las actividades formativas específicas.
- La medida del desarrollo de la aplicación de la normativa preventiva que viene dada en gran parte por los programas de seguimiento de su implantación en las empresas, de investigación de lesiones laborales y de control de las actividades de los servicios de prevención.

- Las acciones de formación, información y divulgación, realizadas fundamentalmente por el Instituto Navarro de Salud Laboral mediante acciones directas o de impulso, se dirigen especialmente a trabajadores y sindicatos, empresarios y sus representantes y profesionales en prevención.
- Las tareas de asesoramiento y asistencia técnica a organismos y servicios de las administraciones públicas, a empresas y a trabajadores, incluyendo sus respectivos representantes. Se priorizan las actuaciones sobre pequeñas y medianas empresas, especialmente las de mayor siniestralidad o mayores riesgos. En este campo se debe destacar el "Programa Diana", así como otros específicos sobre sectores con características peculiares como el de la construcción y el agrario. Estas actuaciones han sido pioneras en España.

Otras estructuras de las Administraciones Públicas también han incrementado sensiblemente sus acciones, debiéndose citar especialmente a la Dirección General de Trabajo. Respecto a las actuaciones de la autoridad laboral en materia de salud en el trabajo se ha producido un aumento de las sanciones y de su cuantía.

Los tres Planes de Empleo aprobados hasta ahora en Navarra incluyen importantes referencias y recursos a la seguridad y salud en el trabajo.

Desde la Administración de la Comunidad Foral se aumentaron sensiblemente las ayudas destinadas a promover la prevención. La incentiva- ción, mediante subvenciones y ayudas, se dirige a empresas, sindicatos, organizaciones empresariales y otras entidades. Las principales parten de la Dirección General de Trabajo, Instituto Navarro de Salud Laboral, Dirección General de Industria y Dirección General de Agricultura.

La Inspección de Trabajo aumentó las actas de infracción, los requerimientos, las paralizaciones de actividades empresariales y los recargos de prestaciones.

También debemos considerar que, dada la responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales, las principales acciones preventivas deben realizarse en empresas y centros de trabajo. Por esto cobran una importancia cada vez mayor estructuras privadas que antes no existían o tenían un peso menor. Desde 1997 existen en Navarra una serie de entidades autorizadas para desarrollar actividades de servicios de prevención, formación o auditorías. Han aumentado en número y en recursos.

Dado el abrumador predominio de pequeñas empresas han cobrado un papel primordial los Servicios de Prevención Ajenos (Tabla 94). Una mención especial se debe hacer respecto a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en su triple papel de:



- Gestión de las prestaciones económicas, asistenciales y de otro tipo en las contingencias profesionales.
- Gestión de las prestaciones económicas por incapacidad temporal en contingencias comunes.
- Actuación como servicio de prevención ajeno.

Desde 1997 han surgido nuevos profesionales y en otros casos ha variado sensiblemente su número y funciones. Nos encontramos con profesionales en materia de prevención de riesgos laborales, de nivel básico o intermedio (en este último caso con nuevas titulaciones en Formación Profesional y en Formación Ocupacional). Y diversas especialidades y disciplinas preventivas de nivel superior:

- Seguridad en el Trabajo.
- Higiene Industrial.
- Ergonomía y Psicosociología aplicada.
- Medicina del Trabajo y Enfermería de Empresa.

También se han hecho presentes nuevas estructuras de participación de sindicatos y organizaciones empresariales, con órganos especializados (Delegados de prevención, Consejos de seguridad y salud y Consejo Navarro de Seguridad y Salud en el Trabajo).

**Tabla 94.** Población atendida en Navarra por servicios de prevención con actividad sanitaria (1993-2003).

Año	Servicios de Prevención-Propios*		Servicios de Prevención-Ajenos	
	Empresas	Trabajadores	Empresas	Trabajadores
1993	121	32.208		
1996	123	34.038		
1999	110	33.821	272	10.722
2001	88	51.874	1.658	48.774
2002	87	49.418	3.174	76.278
2003	87	48.810	4.447	87.943

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral. Elaboración propia.

\* Hasta 1997 Servicios Médicos de Empresa, desde entonces Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

### **Evolución del marco laboral**

En Navarra la población activa masculina es muy superior a la femenina, con una diferencia más acentuada en los grupos de más edad. La población ocupada ha aumentado en cifras absolutas desde 1993 (más del

33%), siendo más acusado el aumento en mujeres. Más de la mitad está en el sector Servicios y algo menos de un tercio en la Industria. Sin embargo en el caso de las mujeres el sector Servicios ocupa a la mayoría de esta población (cerca de las tres cuartas partes), aunque el porcentaje en la Industria ha aumentado significativamente en los últimos años.

La tasa de paro ha continuado su tendencia descendente (ha disminuido cerca del 63 % en el decenio). La tasa de paro en mujeres duplica la de los hombres, aunque esta desproporción era mucho más acusada en años anteriores.

La población afiliada a la Seguridad Social aumentó significativamente desde 1993 (un crecimiento del 43%, con cerca de 74.000 afiliados más). Los autónomos suponen ya el 20% de la afiliación total.

Considerando la distribución de empresas y trabajadores en Navarra, se observa una gran atomización. Las grandes empresas, de más de 250 trabajadores, representan el 0,4% del total y ocupan a cerca del 25% de los trabajadores. El 50% de los trabajadores están en pequeñas empresas de menos de 50 trabajadores (97% del total de empresas).

Se ha ido incrementando la presencia del sector Servicios dentro del total de los sectores económicos navarros. En estos últimos diez años ha aumentado el peso del sector Servicios a costa del sector Industria que ha disminuido su grado de influencia; el sector de la Construcción apenas ha variado; y el sector Primario ha aumentado ligeramente.

Nos encontramos ante un nuevo marco laboral, nuevos riesgos y nuevas enfermedades. El mundo laboral ha cambiado en los últimos años y lo sigue haciendo. Se ha modificado de forma importante el marco clásico de décadas anteriores.

Las pequeñas empresas y las microempresas ocupan a la mayoría de los trabajadores. Los autónomos siguen incrementando su peso dentro de la población afiliada a la Seguridad Social y las empresas de trabajo temporal se han consolidado. La terciarización del trabajo, la externalización y la subcontratación han copado un importante lugar. El trabajo industrial disminuye y aumenta el de los servicios, con nuevos riesgos y unas interrelaciones más complejas entre empresas. El marco empresarial se ha complicado. Actualmente es difícil encontrar la antigua empresa monolítica, endogámica y autosuficiente y nos topamos con entidades en las que los órganos y líneas de decisión no están tan claras, en las que se constata una fuerte interdependencia entre sus componentes, donde influyen mucho las relaciones con otras empresas y con trabajadores ajenos, con los cuales en ocasiones se comparten locales. Por tanto la coordinación se está convirtiendo en algo ineludible.

La población trabajadora está envejeciendo y a la vez se van incorporando jóvenes, la inmigración cobra una gran importancia en ciertas actividades, las políticas sociales de integración de minusválidos a veces

no casan con las necesidades productivas de un mercado en feroz competencia, la globalización y la deslocalización están presentes.

Ya son habituales el trabajo temporal, los contratos de corta duración, la rotación de puestos de trabajo, incluso en la misma empresa, en un sistema de multifuncionalidad y el trabajador multicontratado en actividades y riesgos muy diferentes.

La figura del trabajador expuesto a un número limitado de riesgos, aunque en ocasiones graves, durante largos períodos va abriendo camino al trabajador multiexpuesto a riesgos muy distintos en tiempos irregulares y variables.

Aunque siguen persistiendo enfermedades profesionales clásicas están apareciendo o se están incrementando nuevas patologías. En el mundo laboral la concausalidad y la multifactoriedad tienen mayor significado. Ya es más difícil definir enfermedades como específicamente laborales en sentido estricto, cobrando mayor sentido hablar de enfermedades relacionadas con el trabajo.

En la génesis de las enfermedades en un trabajador estarán los diversos riesgos laborales a los que esté o haya estado expuesto en su vida profesional, pero no se puede obviar su mundo personal, familiar y social, así como sus necesidades y expectativas de todo tipo. Estas complejas interrelaciones deben tenerse en cuenta.

Este marco obliga a que ciudadanos afectados por alguna enfermedad de origen laboral deban ser vistos por distintos profesionales sanitarios en diversas épocas de su vida, a veces de forma simultánea. La proliferación de trabajadores temporales, multicontratados, desempleados o jubilados, unido a la multifactoriedad de causas y a los prolongados períodos de latencia no permiten el marco clásico de actuación.

Estas personas van a ser seguidas por profesionales sanitarios de muy distintos ámbitos y formación. Van a pertenecer a las Entidades colaboradoras de la Seguridad Social (Mutuas y autoaseguradoras), a Servicios de prevención o al Sistema Nacional de Salud.

La coordinación entre estas estructuras y entre las Administraciones Públicas laboral y sanitaria, es inexcusable en un marco repleto de interconexiones entre profesionales.

Todos estos cambios laborales y sociales se han acompañado en algunos casos de modificaciones normativas (en algunos casos ya nacieron anticuadas pues se habían pensado para situaciones de años antes), pero en otros persisten aspectos anacrónicos que son una rémora para los nuevos fines perseguidos. Un ejemplo claro de esto se da con el parte de declaración y el cuadro de enfermedades profesionales.

Se debe recordar que los siniestros laborales suponen altos costes a la Seguridad Social, a las empresas, a la sociedad en su conjunto y espe-

cialmente a los propios afectados. Según el Consejo Económico y Social se estima que en España los costes por siniestros laborales superan el 3% del Producto Interior Bruto.

## LA ATENCIÓN A LA URGENCIA SANITARIA

*Ander Arrazola Aranzadi\**

### RECURSOS Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Desde 1997 el sistema de respuesta para la atención en la urgencia sanitaria se ha completado con la puesta en marcha de UVI móviles en las áreas de Salud de Navarra, ampliándose así la tipología de dispositivos integrados y coordinados desde el Centro de Coordinación 112, SOS Navarra, del Gobierno de Navarra.

De el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (Dirección de Atención Primaria del SNS-O) dependen orgánicamente el Servicio Especial de Urgencias de Pamplona y el Servicio Normal de Tafalla, y, funcionalmente, la Atención Continuada de los Centros de Salud de Navarra, los Servicios Normales de Urgencias de Estella y Tudela y la Red de Transporte Sanitario Urgente (RTSU). El Servicio Especial de Urgencias mantiene los centros de urgencias del Ambulatorio General Solchaga y de los Centros de Salud de Ermitagaña, Rochapea y Burlada, el Centro Coordinador de Urgencias en SOS-Navarra y el transporte medicalizado de la RTSU en Pamplona.

El 78% de la población está en el ámbito de actuación de las UVI móviles quedando por tanto el 22% fuera de su cobertura (Tabla 95). El 39% de la población cuenta con Puntos de Atención Continuada (PAC) como referentes de urgencia de primer nivel. Estos PAC están atendidos por personal sanitario de los centros de salud del entorno. El resto de población, el 61%, que se corresponde con las zonas más urbanas de Navarra, está atendido por servicios específicos de urgencia con personal propio, que atienden en los centros y a domicilio.

---

\* Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

**Tabla 95.** Estructura de recursos y cobertura poblacional en servicios de urgencia.

Recurso	Cobertura en %
Coordinación 112	100
Primer nivel:	100
Puntos de Atención Continuada de AP	39
Servicio Normal (3) y Especial (1) de Urgencias	61
UVI móviles (5)	78
Hospitales (4)	100

Fuente: Memorias SNS-O. Elaboración propia.

En total, 132 médicos trabajan de forma exclusiva en la atención de urgencia, sin contabilizar aquellos que trabajan en los PAC del medio rural (Tabla 96). De éstos, 132 lo hacen en un hospital, 24 en UVI móviles y 50 en los servicios de urgencia extrahospitalarios o en la Coordinación.

**Tabla 96.** Médicos dedicados exclusivamente a urgencias en julio 2004.

	En hospital	UVI móvil	Fuera de hospital	Total
Coordinación			11	11
Área de Pamplona	38	12	31	81
Área de Estella	8	6	4	18
Área de Tudela	12	6	4	22
Total	58	24	50	132

Fuente: Servicio de Personal del SNS-O.

Nota: No incluye personal de los PAC.

La red específica de ambulancias para la atención vital y urgente está constituida por 29 vehículos (5 UVI móviles y 24 ambulancias medicalizables) con la dotación humana correspondiente. Las bases operativas de estas ambulancias están determinadas por la Administración. De estas ambulancias, 18 están contratadas y financiadas por el Dpto. de Salud y las otras 11 por el Dpto. de Interior (10 de bomberos y 1 de voluntarios).

El gasto vía concierto en transporte sanitario urgente por parte del Dpto. de Salud en el año 2002 se estima en 2,7 millones de euros (52% del gasto en concierto de ambulancias).

## EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN URGENTE

Según la actividad desarrollada en el Centro de Coordinación de SOS Navarra se aprecia que el 57% de los casi 200.000 asuntos allí ges-

tionados han sido encomendados a la coordinación médica. Desde el año 2000 el incremento medio anual de los asuntos totales en SOS ha sido del 3,5% y el de los asuntos médicos del 7,6% (Tabla 97).

**Tabla 97.** Evolución de la actividad del Centro Coordinador de Urgencias.

Año	2000	2001	2002	2003	Increment. anual %
Asuntos SOS	180.696	192.394	195.985	199.576	3,5
Asuntos médicos	92.937	93.622	103.842	114.062	7,6
Derivados a centros	16.741	18.689	23.740	28.790	24,0
Ambulancias movilizadas	29.604	30.543	32.481	34.420	5,4

Fuente: Memorias SNS-O.

NOTA: Para el año 2002 y 2003 se han realizado algunas estimaciones por problemas en el sistema de información.

Del mismo modo, el número de personas que han requerido su traslado en ambulancia a un centro hospitalario se ha incrementado de forma importante (24% anual) de modo que en el año 2003 uno de cada 4 asuntos médicos coordinados desde SOS termina con traslado a hospital. Respecto a las ambulancias movilizadas, el incremento medio anual ha sido del 5,4%, sumando en el año 2003, 34.420 movilizaciones.

En cualquiera de los dispositivos existentes para atender la demanda urgente se han registrado incrementos de actividad, siendo este incremento del 4,5% para el conjunto de servicios (Tabla 98). Llama la atención que para cada atención registrada en la primera línea de atención de la urgencia (PAC + SNU + SEU) se dan 2 en el ámbito más complejo y especializado (UVI móvil + hospitales).

**Tabla 98.** Principales parámetros de actividad atendida en urgencias.

	2000	2001	2002	2003	Increment. anual %
PAC, SNU y SEU	139.913	151.036	156.421	168.321	6,8
UVI móvil	6.378	6.893	7.548	7.871	7,8
Hospital	231.789	239.195	244.246	253.353	3,1
Total atendidos	378.080	397.124	408.215	429.545	4,5
Urgencias hospitalizadas	33.789	33.956	34.417	34.731	0,9

Fuente: Memorias del SNS-O y de las Áreas.

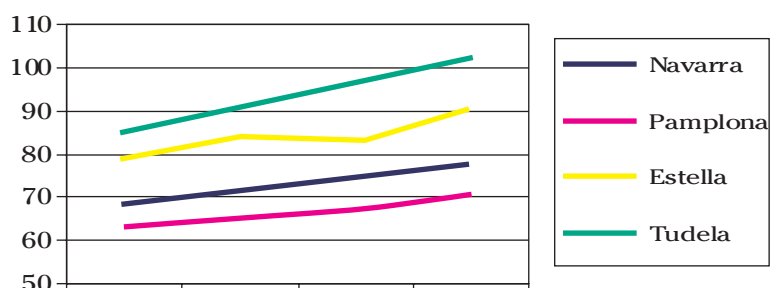
En promedio, cada día del 2003 se han atendido más de 1.500 demandas urgentes (Tabla 99). La ratio de utilización del servicio de UVI móvil es de 1,5 por cada 100 atenciones urgentes.

**Tabla 99.** Evolución de la actividad diaria en los servicios de urgencias.

Urg./día	PAC+Serv. Urg.	UVI móvil	Hospital	Total
2003	794	22	694	1.509
2002	758	21	669	1.447
2001	738	19	655	1.412
2000	662	17	635	1.314

Fuente: Memorias del SNS-O y de las Áreas.

La tasa de frecuentación en algún servicio de urgencias por cada 100 habitantes el año 2003 en cada área de salud fue: de 70 en Pamplona, 90 en Estella y de 102 en Tudela, y para el conjunto de Navarra 77 (Fig. 76). El incremento de la demanda urgente se da en las tres áreas de Salud, pero de forma desigual. Así, desde el año 2000 el mayor incremento anual se da en el Área de Tudela con 7,1%, seguido del observado en el Área de Estella con 7,1%, siendo en Pamplona del 3,8% (Anexo tabla 12).



**Figura 76.** Frecuentación por 100 habitantes en los servicios de urgencia por área de Salud y año. Navarra. 2000-2003.

Fuente: Memorias del SNS-O y de las Áreas.

## UTILIZACIÓN DE LAS UVI MÓVILES

Desde el año 2001 Navarra cuenta con 5 UVI móviles situadas 3 en Pamplona, una en Estella y otra en Tudela. En 4 de ellas el personal sanitario es propio del SNS-O. En la otra, la dotación completa la aporta una or-

ganización de voluntariado financiado por el Dpto. de Interior del Gobierno de Navarra.

La actividad desarrollada por las UVI móviles existentes ha sido muy constante en Estella y en Tudela, mientras que en Pamplona se observa un incremento con el paso de los años (Tabla 100).

**Tabla 100.** UVI móvil. Intervenciones al día. Navarra 2000-03.

	2000	2001	2002	2003
Pamplona	13,3	14,8	16,1	16,9
Tudela	2,3	2,1	2,4	2,5
Estella	1,8	1,9	2,2	2,2
Total	17,5	18,9	20,7	21,6

Fuente: Memorias del SNS-O.

En relación con la patología atendida y los procesos más frecuentes, entre los graves o complejos, destaca la cardiopatía isquémica y los síncope. Estos últimos y las situaciones de parada cardiorrespiratoria han doblado su número a lo largo de estos 4 años (Tabla 101).

**Tabla 101.** Diagnósticos más frecuentes en los traslados de UVI móvil.

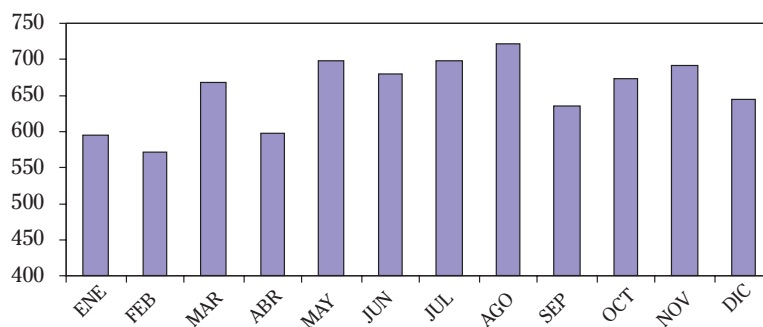
	1999	2000	2001	2002
Síncope	159	151	269	324
Cardiopatía isquémica	267	233	335	314
Accidentes vasculares cerebrales	104	111	144	132
Parada cardiorrespiratoria	65	63	111	122
Politraumatizados	74	76	86	97
Policontusionados	182	163	227	93
Total	851	797	1.172	1.082

Fuente: memorias del SNS-O.

No hay grandes diferencias en la actividad desarrollada por el conjunto de UVI móviles según mes del año, siendo la época de Mayo a Agosto la de más actividad. La mayor actividad en 2003 fue en Agosto con 23,3 intervenciones al día y la menor en febrero con 20,4 (Fig. 77).

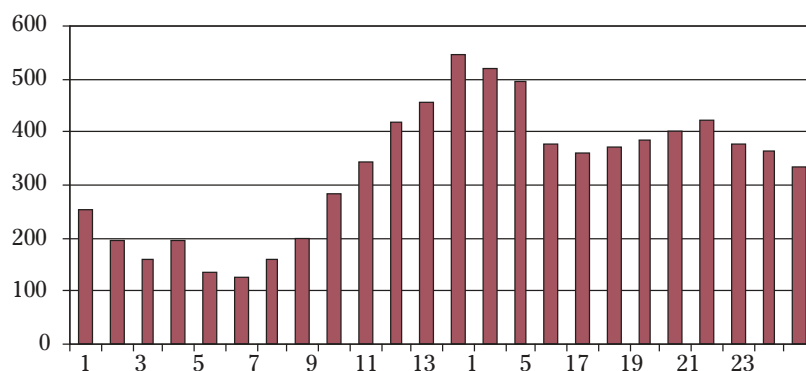
Las horas del día con mayor actividad se dan entre las 12,00 y las 15,00 horas, a partir de esa hora se mantiene una meseta con importante nivel de actividad hasta las 24 horas (Fig. 78).





**Figura 77.** Traslados en UVI móvil según mes. Navarra 2003.

Fuente: Memorias de la Dirección de atención primaria y del SNS-O.



**Figura 78.** Traslados en UVI móvil según hora de realización. Navarra. 2003

Fuente: Memorias de la Dirección de atención primaria y del SNS-O.

En definitiva, se constata un incremento de actividad en cada tipo de dispositivo existente en Navarra para la atención de la urgencia (Tabla 102).

**Tabla 102.** Incremento medio anual según dispositivo de urgencias. Navarra 2000-2003.

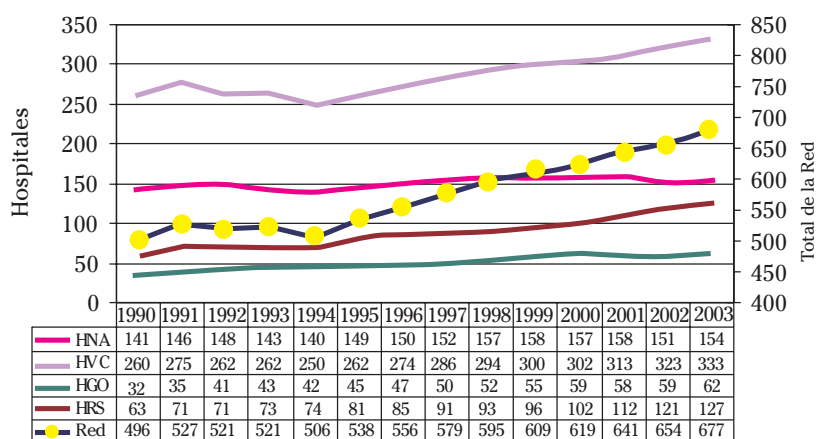
	Incr. medio anual %
PAC	11,0
SNU y SEU	4,6
UVI móvil	7,8
Hospital	3,1
Total atendidos Navarra	4,5
Urgencias hospitalizadas	0,9

Fuente: Memorias del SNS-O.

## LA ATENCIÓN DE URGENCIAS EN LOS HOSPITALES

Tras una estabilización en el número de urgencias atendidas en las puertas de los hospitales en la primera mitad de los noventa, se constata un incremento mantenido de las urgencias en todos los hospitales del SNS-O, que sigue manteniéndose en los últimos años.

Expresado en ciudadanos atendidos cada día, en el año 2003 se atendió a 694 personas. De éstas, la mitad en el Hospital Virgen del Camino, donde la presión de la demanda en el departamento materno infantil (con el 70% de la demanda infantil) ha aumentado en los últimos 2 años, alcanzando el 44,5% del total de ese hospital (Fig. 79).



**Figura 79.** Evolución de las urgencias atendidas cada día en los hospitales de Navarra, 1990-2003.

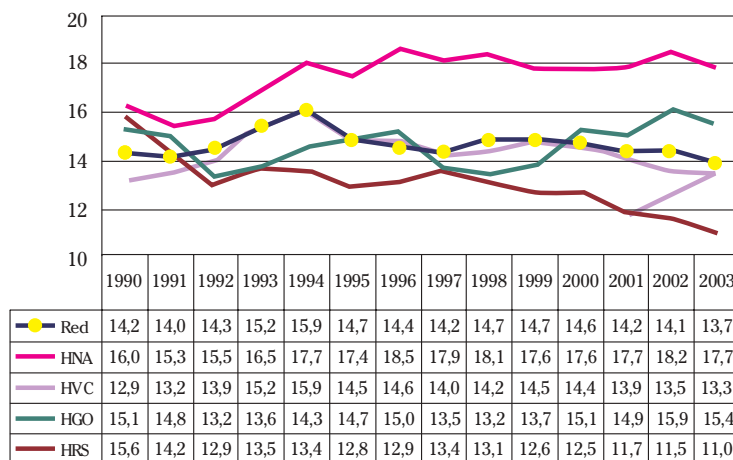
Fuente: Memorias del SNS-O.

El incremento medio anual de la demanda de atención urgente en los hospitales respecto al año 2000 ha sido del 3,1%. Destacan el Hospital de Tudela con un incremento del 8,3% y el Hospital de Navarra con -0,5%, en donde se constata una estabilización en el número de personas atendidas en los últimos años. El Hospital Virgen del Camino registra un incremento anual del 3,4%, pero mientras que las urgencias generales aumentan un 1,7% las materno-infantiles lo hacen un 5,8%. En el Hospital de Estella el aumento es del 2,1%.

Coherentemente con el incremento de la demanda atendida, pero en sentido contrario, evoluciona el indicador de porcentaje de pacientes ingresados en los hospitales, de los que acuden a urgencias. El aumento de demanda no se corresponde con un incremento en la gravedad de los problemas por lo que se accede a las urgencias de los hospitales. El porcentaje de ingresos disminuye del 14,6% en 2000 al 13,7% en 2003 (Fig. 80). Esto es especialmente evidente en los hospitales Reina Sofía y Virgen del Cami-

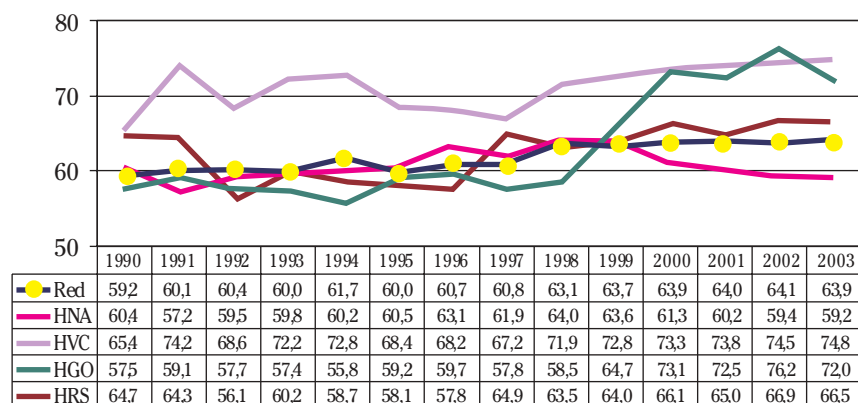
no. El Hospital de Navarra mantiene constante alrededor del 18% su porcentaje de ingresos y paradójicamente el Hospital García Orcoyen aumenta su porcentaje de ingresos a la par que aumenta las urgencias atendidas.

El indicador de ‘presión de urgencias’ señala el porcentaje de los ingresos del hospital procedentes de urgencia, los no programados. La presión de los ingresos urgentes se ha mantenido estable en los últimos 5 años en el conjunto de la red a pesar de que los ingresos urgentes hayan aumentado un 0,9% anual (HNA -0,2%; HVC 0,6%; HGO 2,6%; HRS 3,4%) (Fig. 81).



**Figura 80.** Evolución del porcentaje de urgencias ingresadas por centro en Navarra 1990-2003.

Fuente: Memorias del SNS-O.



**Figura 81.** Evolución de la presión de urgencias por centro en Navarra. 1990-2003.

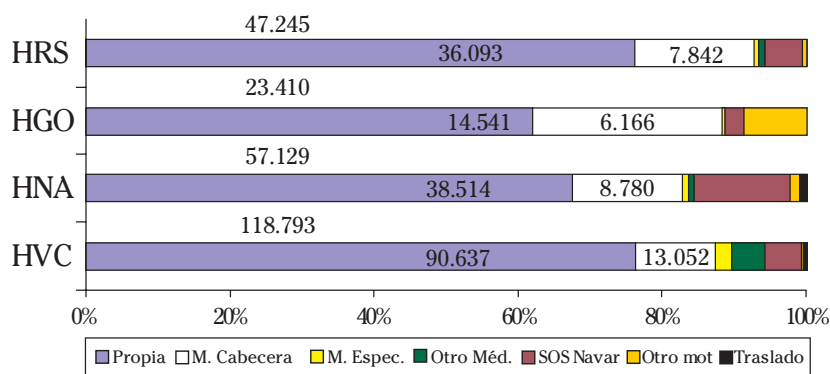
Fuente: Memorias del SNS-O.

El mayor número de ingresos urgentes en los hospitales Reina Sofía y García Orcoyen se acompaña de incrementos en la presión de urgencias. La ligera tendencia ascendente en el indicador del Hospital Virgen del Camino se acompaña del descenso de ingresos programados y el descenso observado en el Hospital de Navarra se explica por el aumento de los ingresos programados en este hospital en los últimos 5 años.

Hay que considerar en todos los casos que en estos años se ha ido consolidando la Cirugía Mayor Ambulatoria en los hospitales de la red y cuya consecuencia en relación con este indicador ha sido el de tender a aumentar su valor por la reducción en el número de ingresos programados.

### FORMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

Se dispone de información de las circunstancias en las que accede la población a los servicios de urgencia hospitalarios. El 72,9% de los atendidos en 2004 accedió a la puerta de urgencia por iniciativa propia. Por el contrario 63.650 personas (el 25,8%) accedió por indicación de diferentes servicios médicos (Fig. 82). Entre estos últimos destaca el importante volumen de pacientes con indicación de asistir al servicio de urgencia hospitalario por parte de su médico de cabecera, el 14,5%; por indicación del servicio SOS 112, el 6,7%; o por traslado, el 0,5%.



**Figura 82.** Hospitales: procedencia de las urgencias en 2004.

Cada centro hospitalario presenta su especificidad. Así, los hospitales Virgen del Camino y Reina Sofía destacan por el alto porcentaje de población que accede por iniciativa propia, superior al 76%. El Hospital García Orcoyen por el fuerte componente de derivados por un médico de cabecera (26,3%). En el Hospital de Navarra el porcentaje de ciudadanos que accede a urgencias derivado por SOS Navarra representa el 13,3% del total.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES**

Salvo mención expresa, la información que sigue en este apartado corresponde al Hospital de Navarra y se ha obtenido de un reciente trabajo realizado en ese centro (Yanguas N., 2003).

La edad media de los pacientes atendidos en el HNA el año 2003 fue de 52 años. Pero la distribución de la edad presentaba dos colectivos claramente diferenciados. Por un lado los más jóvenes, de 25 a 35 años, que acuden principalmente por problemas traumatológicos y los más mayores, de 70 a 80 años, que acuden por motivos médicos.

Los servicios de urgencia vienen utilizando sistemas de triage mediante los cuales se clasifica a los ciudadanos que llegan a urgencias según gravedad. Los grados o categorías vigentes hasta ahora han sido 4: I.- Urgencia vital. Intervención inmediata; II.- Patología muy urgente. Exploración inmediata; III.- Patología urgente. Exploración rápida; IV.- Urgencias relativas. La espera no es un factor de riesgo.

En el año 2003 los pacientes que acudieron al HNA se clasificaron en: I: 2,8%; II: 9,4%; III: 26,8%; IV: 61,0%. Aproximadamente uno de cada 3 asistencias (35,5%) se consideró compleja. Comparando la valoración en cuatro categorías realizada al acceder a urgencias con la valoración una vez recibida la atención médica, las proporciones en cada categoría aproximadamente se mantienen, constatándose que la primera valoración (a la llegada) sobreestima la gravedad en las categorías II y III, esto es, sospechas de gravedad que una vez practicadas las correspondientes exploraciones no se confirman.

Existe una lógica relación entre la gravedad de los pacientes y los medios de transporte utilizados. Aún así, preocupa que el 37% de los pacientes con mayor gravedad (Grado I) no acuda en UVI móvil y que el 10% de los de grado IV acuda en ambulancia convencional.

El importante volumen de pacientes atendidos en urgencias genera importantes colas de atención. Para el conjunto, la mediana de la espera para recibir atención médica (tiempo en el que se ha atendido al 50% de la población) fue de 51 minutos. El tiempo de permanencia en el servicio de urgencia fue de 157 minutos (mediana). El porcentaje de personas que permaneció 3 ó más horas en el Servicio de Urgencias alcanzó el 43,9% y el de los que superaron las 6 horas fue del 12,9%.

Hay una correspondencia entre la gravedad y los tiempos de atención. Para el colectivo del grado IV la espera fue de 61 minutos para ser atendido y el tiempo de permanencia en el servicio fue de 126 minutos. Este colectivo se caracteriza por la edad más joven y por la presencia de patología traumatológica no grave.

Comparando la estructura de la gravedad de los pacientes que acceden a los servicios de urgencia del Hospital de Navarra y Virgen del Camino (Tabla 103) se aprecia que es muy parecida, con una mayor presencia de aquellos pacientes que requieren atención inmediata en el HNA. Hay que reseñar que el sistema de triage utilizado en cada hospital no es exactamente el mismo, aunque sí coinciden en la categoría I de atención inmediata.

**Tabla 103.** Categorías del triage en el Hospital Virgen del Camino. Resultados 2003.

<b>Triage de Urgencias</b>	<b>%</b>
I. Atención inmediata sin ningún tipo de demora.	0,7
II. Patología potencialmente grave o paciente afectado.	8,9
III. Se atiende según hora de llegada, pero con prioridad respecto a grupo siguiente.	30,7
IV. Se atiende en función de hora de llegada. Es deseable que la espera sea inferior a 60 minutos	60,4

Fuente: Datos comunicados. Serv. de Urgencias HVC.

## ANÁLISIS DE LAS URGENCIAS INFANTILES

En los dos últimos años las urgencias pediátricas en el Hospital Virgen del Camino se han incrementado un 8 y 5%, en tanto que han permanecido estables los ingresos urgentes en el Servicio de Pediatría (en relación con años anteriores han bajado). Los ligeros aumentos de ingresos urgentes en Neonatología se explicarían por el incremento de la natalidad (Tabla 104).

**Tabla 104.** Urgencias pediátricas en HVC.

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Urgencias atendidas en puerta Pediatría HVC	34.951	35.220	38.047	40.005
Urg. ingresan en Pediatría	1.760	1.478	1.478	1.562
Urg. ingresan en Neonatología	358	396	414	423
<i>Total ingresos urgentes</i>	2.118	1.874	1.892	1.985
<i>% de ingresos sobre atendidos</i>	6,1	5,3	5,0	5,0
<i>Urgencias pediátricas extrahospitalarias</i>	9.452	9.464	10.553	12.003

Fuente: SISNA y Memorias del SNS-O.

Por otra parte, los servicios pediátricos situados en el ambulatorio Solchaga y Centro de Salud de Ermitagaña atienden un promedio de 33 urgencias al día. Llama la atención que existiendo un referente de urgencia

extrahospitalario (si bien con horario limitado) la población que acude directamente al hospital representen 110 consultas al día de las cuales el 95% no requiera ingreso.

## EL GASTO SANITARIO

*Ander Arrazola Aranzadi\**

El gasto sanitario realizado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra alcanzó en el ejercicio de 2003, la cifra de 600 millones de euros. Este gasto, expresado por cada persona residente en Navarra, representa un gasto de 1.037 euros. Según un estudio del Ministerio de Sanidad y Consumo referido a los presupuestos iniciales del año 2003, el gasto por persona protegida (excluyendo de la población residente la protegida por el Mutualismo Administrativo: MUFACE, ISFAS, MUGEJU) era en el año 2003 un 21,6% superior en Navarra que en el promedio de España. Una vez ajustado el gasto a la población mayor de 65 años, el gasto por persona protegida seguía siendo superior en un 19,5%.

Desde 1995 a 2003, el gasto sanitario del Departamento de Salud en Navarra ha crecido un 71,3%. Pero en precios constantes (eliminando el efecto de la inflación) el crecimiento real ha sido del 32,2%, un 4% anual. En ese periodo el crecimiento de población residente en Navarra ha sido del 11,1% y la población mayor de 65 años (variación entre censos) se ha incrementado en un 19,9%, constituyendo en la actualidad el 17,2% de la población.

### Estructura del gasto

En el año 2003, el 60,2% del gasto se destinó a financiar las actividades de la atención especializada, el 19,1% al pago de la prescripción farmacéutica extrahospitalaria y el 12,6% a los servicios de atención primaria. Esos 3 conceptos suman el 92% del gasto de tal forma que el resto, el 8%, se distribuye para los gastos de Administración, Salud Pública y Laboral y para la formación e investigación. Atendiendo a la evolución seguida desde 1995 se observa que el concepto de gasto que más incrementa su participación es el de la prestación farmacéutica que aumenta 4 puntos. Por el contrario, bajan su participación tanto la atención especializada como la atención primaria. El resto de conceptos permanece en niveles pa-

---

\* Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

recidos con la excepción del capítulo de formación e investigación que incrementa su participación (Tabla 105).

**Tabla 105.** Evolución de la composición del gasto sanitario del Dto de Salud.

Denominación	1995	1999	2003
Atención especializada	63,5%	60,4%	60,2%
Atención primaria	14,2%	12,7%	12,6%
Farmacia extrahospitalaria	15,1%	17,6%	19,1%
Salud pública	1,0%	1,5%	1,6%
Salud laboral	0,7%	0,7%	0,7%
Administración de la salud	5,2%	6,7%	5,2%
Formacion e investigación	0,2%	0,3%	0,5%
TOTAL DTO. SALUD	100	100	100

Fuente: Liquidaciones presupuestarias Departamento de Salud - Gobierno de Navarra.

Utilizando los últimos datos publicados en la Estadística del Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad y Consumo correspondiente al año 2001, se ha comparado la estructura del gasto en Navarra y la del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Hay que tener en cuenta que ese año 2001 y el siguiente fueron años atípicos en los presupuestos sanitarios de Navarra. No obstante, constatamos que Navarra presenta una mayor participación del gasto en las funciones asistenciales (de atención especializada y de primaria) que lo observado en el ámbito del Estado y por el contrario la presión del gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud es 4,5 puntos mayor que en Navarra (Tabla 106). Es importante realizar este análisis sin olvidar que Navarra presenta un gasto por habitante un 20% por encima de la media estatal, si además consideramos que el gasto por habitante en producto farmacéutico es algo menor en Navarra que en el conjunto, podemos concluir que nuestro mayor gasto se centra principalmente en los servicios hospitalarios ya que es en ese concepto donde se constata el mayor diferencial.

**Tabla 106.** Estructura funcional del gasto sanitario. Navarra y Estado en 2001.

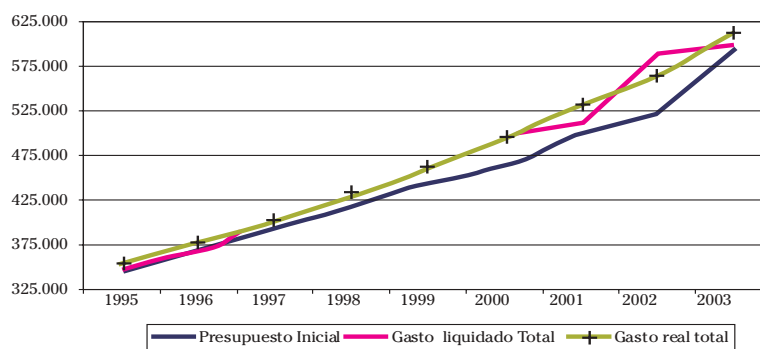
	Navarra	Estado
Servicios hospitalarios y especializados	56,7	52,6
Servicios primarios de salud	17,0	15,7
Servicios de salud pública	1,8	1,6
Servicios colectivos de salud	1,8	2,7
Farmacia	17,3	21,9
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1,3	1,6
Gasto de capital	4,1	3,9
Total	100,0	100,0

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público. MSC 2001.



### Suficiencia presupuestaria

La evolución seguida en los presupuestos iniciales respecto a los liquidados del Departamento de Salud así como el gasto real habido en cada ejercicio no han ido parejos en los últimos ejercicios. Se constata que desde 1997 la diferencia entre el presupuesto inicial y los cierres en cada ejercicio ha ido agrandándose, atenuándose algo esta situación en el año 2003 (Fig. 83). Así mismo, la insuficiente disponibilidad presupuestaria respecto al gasto real en el año 2001 generó deudas que se acometieron en el siguiente ejercicio.



**Figura 83.** Evolución de los presupuestos en el Dpto. de Salud, en miles de euros.

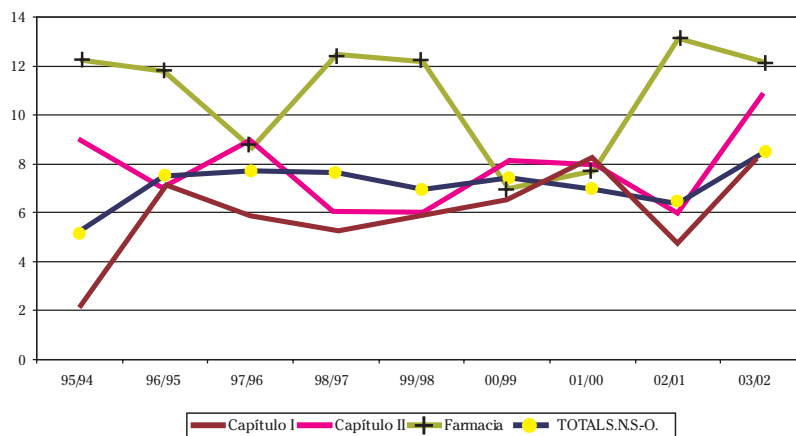
Fuente: Cuentas Generales del GN y Memorias SNS-O.

### Capítulos económicos

El gasto interanual por capítulos económicos en el Servio Navarro de Salud-Osasunbidea, organismo que gestionó el 98,3% del gasto presupuestado en el Departamento de Salud el año 2003, presenta diferencias reseñables. Así, desde 1995 el promedio de las variaciones anuales ha sido del 6,5% para el capítulo de gastos de personal (Cap. I), del 7,6% para la compra de Bienes y Servicios (Cap. II), del 10,6% para el gasto en Farmacia, que constituye el 96% del Capítulo IV, y del 7,4% para el total del gasto. Los cálculos se realizan sobre el gasto real de cada ejercicio para reflejar mejor los compromisos de gasto decididos cada año (Fig. 84).

### El gasto en farmacia

El gasto en farmacia es con diferencia el que mayores incrementos presenta. Si unimos al gasto de farmacia extrahospitalaria el gasto en farmacia de los hospitales el peso de la farmacia pasa del 19,3 al 25,6% del gasto en estos últimos 8 años, llegando a sumar 153,6 millones de euros en 2003. La farmacia hospitalaria representaba ese año el 18,6% del gasto en farmacia en el SNS-O y su incremento anual supera al del gasto en farmacia extrahospitalaria.



**Figura 84.** Variación ineranual (en %) del gasto real en el SNS-O. 1995-2003. Principales conceptos.

Fuente: Cuentas Generales del GN y Memorias SNS-O.

### Gasto sanitario público

Un reciente estudio del Departamento de Salud ha calculado la aportación de cada agente público en el gasto sanitario público de Navarra en el año 2002. En total dicho año el gasto público en sanidad sumó la cantidad de 620,7 millones de euros (Tabla 107). Entre los diferentes agentes destaca el Departamento de Salud el cual representa el 90,9% del total del gasto. Si a ello sumamos las aportaciones en sanidad del resto de departamentos del Gobierno de Navarra, el gasto alcanza el 95% del total público. En siguiente lugar en orden a las aportaciones al gasto se encuentran los organismos vinculados a la Administración de la Seguridad Social (Mutualismo del Estado y Mutuas Patronales) que en su conjunto representan el 4,52% del gasto. La Administración municipal y la Administración central apenas representan el 1%.

Según los cálculos realizados, el gasto sanitario público ese año representó el 79,7% del gasto sanitario total de Navarra.

### Gasto sanitario público y PIB

En contraste con el importante gasto *per cápita* comentado, Navarra destaca por la baja participación del gasto sanitario en el PIB regional (Fig. 85). Así, a lo largo de los últimos 8 años el porcentaje del gasto sanitario público sobre el PIB a precios de mercado se ha mantenido constante entre el 4,7 y el 4,9% (se ha calculado mediante el gasto real del Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra, que viene a ser el 91% del gasto sanitario público, (Tabla 107). En esos mismos años, la parte del PIB dedicado a la

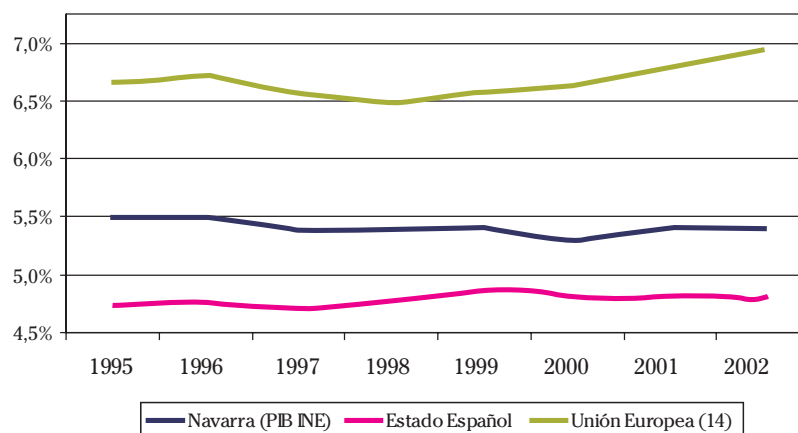
función sanitaria pública en el conjunto del Estado ha oscilado entre el 5,3 y el 5,5%, todavía lejos de lo constatado en la Unión Europea de los 15 donde el promedio anual ha variado entre el 6,5 y el 6,8%, unos dos puntos por encima de lo observado en Navarra.

**Tabla 107.** Gasto sanitario público de Navarra según agente financiador. Año 2002.

ADMINISTRACIONES PÚBLICAS	(Miles de euros)	%
1. Administración Central (MSC, Justicia, Interior)	626,2	0,1
2. Administración Regional : Gobierno de Navarra	588.620,5	94,8
1) Departamento de Salud	564.414,0	90,9
2) Resto de Departamentos del GN	24.206,5	3,9
3. Administración Municipal	3.400,6	0,6
4. Administraciones de la Seguridad Social	28.038,1	4,5
1) Mutualismo del Estado (MUFACE; ISFAS; MUGEJU)	14.260,3	2,3
2) Mutuas y entidades colaboradoras	13.777,8	2,2
TOTAL FINANCIACIÓN PÚBLICA	620.685,4	100,0

Fuente: Cuentas generales del GN y datos facilitados por los agentes de gasto.

Nota: Se ha considerado el gasto corriente liquidado de cada agente excepto en el caso del Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra, el cual incluye también los de capital.

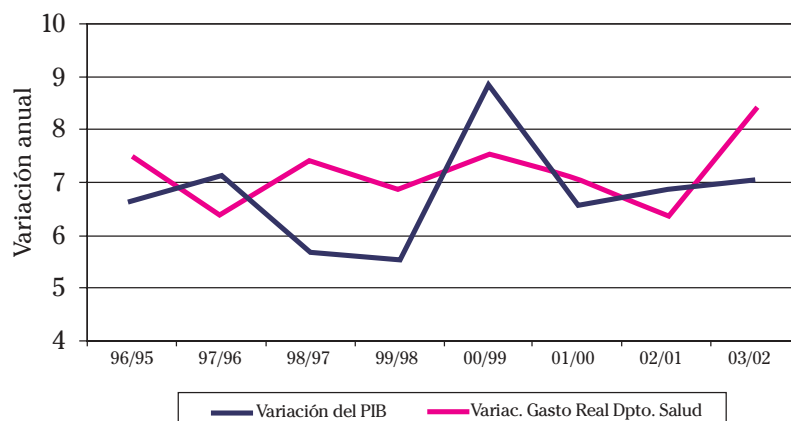


**Figura 85.** Gasto sanitario público en porcentaje del PIB (PM).

Fuente: OCDE Health Data 2004, INE y Gasto Real del Dto. de Salud.

Comparando la evolución del gasto sanitario del Dpto. de Salud del GN y del PIB de Navarra desde 1995 se constata que los incrementos anua-

les del PIB nominal han sido superiores en 5 de los 8 ejercicios a los incrementos habidos en el gasto sanitario del Dpto. de Salud, en tanto que el indicador del porcentaje del gasto sobre el PIB de cada año permanece estable alrededor del 4,8% (Fig. 86).



**Figura 86.** Variaciones anuales del gasto del Dto. de Salud y del PIB.

Fuente: Cuentas Generales. Memorias SNS-O e INE.

## PROGRAMAS Y ACTUACIONES PROGRAMADAS

### PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIAS EN EL RECIÉN NACIDO

*María Ederra Sanz\**

#### Normas publicadas

La Resolución 100/1998, de 13 de febrero, del Director General de Salud, se constituyó un Grupo Técnico de Trabajo que, basándose en la evidencia científica disponible, analizó la validez de las pruebas diagnósticas existentes, la magnitud de las secuelas, la eficacia de la intervención y el coste-efectividad.

\* Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz del Instituto de Salud Pública.

El resultado de este trabajo fue la elaboración de unas recomendaciones en el sentido de aconsejar la implantación de un Programa Universal de Detección Precoz de la Hipoacusia Neonatal en la Comunidad Foral.

Por Orden Foral 170/1998 de 16 de noviembre, del Consejero de Salud, quedó establecido el Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Neonatal, que se puso en marcha en mayo de 1999.

### **Objetivos**

El objetivo del programa es la detección de todas las hipoacusias congénitas antes del tercer mes de vida, a fin de realizar una intervención terapéutica precoz, facilitando un desarrollo normal del niño.

La estrategia adoptada para la detección neonatal de hipoacusia es la de realizar un programa de screening en fases, combinando dos técnicas: otoemisiones acústicas (OEA) y potenciales evocados auditivos (PEA).

El programa está dirigido a todos los recién nacidos residentes en la Comunidad Foral, hayan nacido en ella o no. La captación de los niños se hace de forma activa por parte del personal del programa.

### **Implantación del Programa**

La implantación del mismo se inició el 3 de mayo de 1999 en el Hospital Virgen del Camino, centro que recoge el 70% de los nacimientos en Navarra. A lo largo del año 2000 se completó la implantación del Programa en el resto de hospitales del territorio foral, tanto públicos (Hospitales Reina Sofía y García Orcoyen) como privados-concertados (Clínica Universitaria de Navarra y Clínica San Miguel).

Desde su inicio el programa ha atendido a 26.264 recién nacidos (99,4% de la población a la que se dirige) y se han realizado 30.260 otoemisiones acústicas y 587 potenciales evocados auditivos (Tabla 108). Ochenta y cuatro niños han sido remitidos para estimulación precoz auditiva al Centro Base de Minusvalías del Instituto Navarro de Bienestar Social. Se han adaptado 58 audioprótesis y se han realizado 5 implantes cocleares.

### **Resultados**

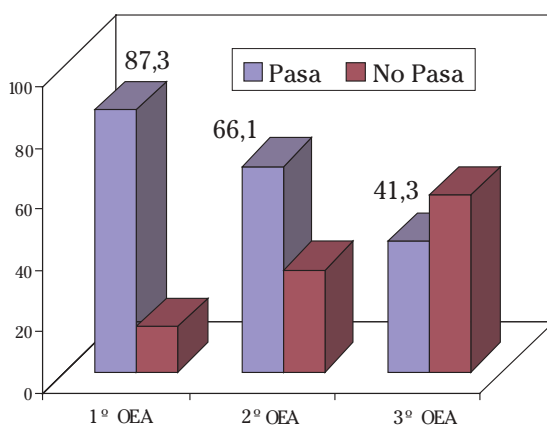
- Participación: La participación en la realización de la primera OEA ha sido de 99,4%. La participación en segunda y tercera OEA son, respectivamente, de 97,1 y 93,8%.
- Resultados del proceso de screening. La primera OEA ha permitido descartar hipoacusia en el 87,3% de los recién nacidos (Fig. 87). Al 12,7% ha sido necesario repetir una segunda y, al 33,9% de éstas, una tercera OEA. En definitiva, el 2% no ha superado ninguna de las tres OEA y ha sido necesario enviar para confirmación diagnóstica (PEA).

- Resultados del diagnóstico (PEA). De los 491 PEA diagnósticos realizados, el 31,1% ha sido patológico. De las 153 hipoacusias detectadas durante estos años, algo más de la mitad (56,2%) corresponden a hipoacusias moderadas, con umbrales auditivos entre 50 y 69 decibelios, siendo las graves-profundas, con umbrales auditivos iguales o superiores a 70 decibelios, las que ocupan el segundo lugar en frecuencia con el 26,1%. Las hipoacusias leves, umbrales inferiores a 50 decibelios, sólo han supuesto el 17,6% del total de hipoacusias detectadas.

**Tabla 108.** Programa de detección precoz de hipoacusias. Actividades en fase de detección y confirmación diagnóstica.

Nº de niños a los que se ofrece la 1ª OEA	26.429
Total de OEA realizadas	30.260
1ª OEA	26.264
2ª OEA	3.071
3ª OEA	925
Total de PEA realizados	587
1º PEA	491
2º PEA	96
Nº de niños enviados a estimulación precoz auditiva	84
Nº de audioprótesis adaptadas	58
Nº de niños con indicación de implante coclear	5

Fuente: ISP. SNS-O.



**Figura 87.** Resultados del test de screening (%) (otoemisiones acústicas, OEA).

Fuente: Programa de detección precoz de hipoacusias en R.N. ISP.

En cuanto a la existencia de hipoacusia en uno o en los dos oídos, el 53,6% de las hipoacusias ha resultado ser bilateral. Tanto en uni como en bilaterales predominan las hipoacusias moderadas (61,9 y 51,2% respectivamente).

- Tasas de detección. La tasa de detección total de hipoacusia es 5,82/1000 recién nacidos. La distribución de esta tasa de hipoacusia según la gravedad de la misma es la siguiente:  
 Hipoacusia leve: 1,02/1000 recién nacidos.  
 Hipoacusia moderada: 3,27/1000 recién nacidos.  
 Hipoacusia grave: 1,52/1000 recién nacidos.
- Teniendo en cuenta la uni o bilateralidad de la hipoacusia, las tasas de detección encontradas son las siguientes: hipoacusias unilaterales: 2,70 / 1000 recién nacidos. Hipoacusias bilaterales: 3,12 / 1000 recién nacidos.

## PROGRAMA DE VACUNACIONES

*Sección de Enfermedades Transmisibles del Instituto de Salud Pública de Navarra*

El calendario aplicado en el año 2003 fue establecido en la Orden Foral 185/2000, de 4 de julio, que incluyó en el Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra la vacuna conjugada antimeningocócica tipo C a los dos, cuatro y seis meses de edad. Mediante la Orden Foral 134/2003, se modificó el Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra, con efecto desde el año 2004.

Las modificaciones del calendario más relevantes son las siguientes.

1. Primovacunación con polio inactivada a todos los niños nacidos a partir del 1 de enero de 2004. Para evitar el riesgo mínimo, aunque posible, de parálisis por el virus de polio vacunal –valorando la respuesta inmunológica, la seguridad y la eficacia de la vacuna inactivada disponible para la prevención de la poliomielitis y la nueva situación epidemiológica de la enfermedad que se considera erradicada en la Región Europea por la Organización Mundial de la Salud– la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, así como la Comisión Asesora Técnica de Vacunaciones de Navarra, han propuesto sustituir la vacuna atenuada de poliomielitis oral por vacuna inactivada en el calendario oficial de vacunaciones.
2. Primovacunación con difteria-tétanos-pertusis acelular a todos los niños nacidos a partir del 1 de enero de 2004. Para facilitar la

aplicación del nuevo calendario con el mínimo número de inyecciones y reacciones adversas propone la utilización de vacunas combinadas con Difteria-Tétanos-Pertusis acelular.

3. Supresión de la 5ª dosis de polio a los seis años de edad. Esta medida tendrá efecto a partir del curso escolar 2004-2005.
4. Se añade una cuarta dosis de *Haemophilus influenzae* tipo b a los 18 meses de edad a partir de julio de 2004 (Nacidos en 2003). Para mejorar la inmunogenicidad de las vacunas combinadas con Difteria-Tétanos-Pertusis acelular, frente a *Haemophilus influenzae* tipo b.
5. Se incluye una 5ª dosis de Difteria-Tétanos-Pertusis acelular a los seis años de edad para reforzar la inmunidad frente a *Bordetella pertusis*. Esta medida tiene efecto a partir del curso escolar 2003-2004.
6. Vacunación de varicela a susceptibles a los 14 años de edad a nacidos a partir del 1 de enero de 1990. Recientemente se ha modificado la ficha técnica de la vacuna frente a varicela disponible en España y aparece como indicación la inmunización activa frente a varicela, en adultos y adolescentes sanos (de 13 ó más años de edad), seronegativos para el virus de la varicela-zóster. Para prevenir casos graves de varicela en futuras cohortes de jóvenes y adultos susceptibles la Comisión Asesora Técnica de Vacunaciones de Navarra ha propuesto introducir en calendario, la inmunización de adolescentes sanos susceptibles a los 14 años de edad.

### **Cobertura vacunal**

Durante el año 2003 la cobertura de la primovacunación de Difteria-Tétanos-Pertusis (DTP), Hepatitis B (HB), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), Polio oral y Antimeningocócica C, ha sido muy elevada, alcanzando el 95% el porcentaje de niños que completan la tercera dosis a los seis meses de edad.

El 95% de los niños de Navarra recibieron durante el año 2003 la vacuna triple vírica (Sarampión Rubeola y Parotiditis) a los 15 meses de edad.

También al 95% de los niños se les administró el refuerzo (cuarta dosis) de Difteria-Tétanos-Pertusis acelular y Polio oral a los 18 meses de edad.

El 94 % de los niños de 1º de Educación Primaria recibieron una dosis de Difteria-Tétanos y la quinta dosis de polio oral. El 97% de estos niños recibieron la segunda dosis de vacuna triple vírica.

La cobertura de la segunda dosis de vacuna triple vírica en 6º de Educación Primaria asciende al 91%.

El 96% de los adolescentes que cursaban 2º de ESO, recibieron las tres dosis de vacuna frente a hepatitis B a los 13 años. Esta cohorte no fue vacunada siendo lactante.



Por último, el 98% de los alumnos de 3º de ESO, recibieron una dosis de Tétanos-Difteria tipo adulto.

Las coberturas vacunales registradas tanto en Navarra como en España son muy elevadas, alcanzando el 95% para el conjunto (Tabla 109).

**Tabla 109.** Cobertura vacunal (en porcentaje). España y Navarra. 2003

	1998		1999		2000		2001		2002		2003
	ESP.	NA.	ESP.	NA.	ESP.	NA.	ESP.	NA.	ESP.	NA.	NA.
POLIO	95	92	95	95	95	94	96	97	98	96	95
DTP	95	92	95	94	95	94	96	97	98	96	95
HB Recién nacido	-	97	-	94	-	94	-	97	-	96	95
Antimeningocócica	-	-	-	-	-	-	87	97	98	96	95
Triple Vírica	93	95	95	96	95	90	96	96	97	98	95
Hib	82	92	92	94	92	94	96	97	98	96	95
POLIO Refuerzo	91	92	91	94	94	95	95	92	95	91	95
DTPa Refuerzo	90	92	91	96	93	95	94	93	95	91	95
HB Adolescentes	84	94	-	96	-	94	-	96	-	93	97

Fuente: ISP. SNS-O.

### Vacunación antigripal

En la campaña de vacunación antigripal de 2003, se han administrado un total de 102.800 dosis.

El principal grupo de riesgo, mayores de 65 años, ha recibido 65.338 dosis. Este número de vacunas representa la cifra más alta alcanzada en ese grupo etáreo desde que se iniciaron las campañas de vacunación en nuestra Comunidad y se ha alcanzado una cobertura del 64,94 %.

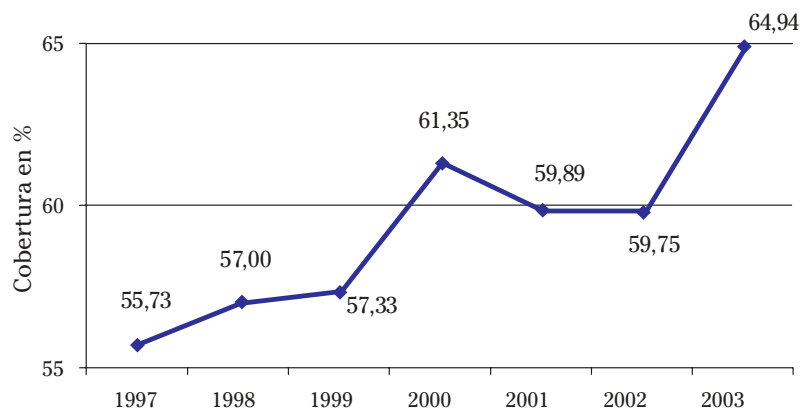
Como en años anteriores la cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años resulta muy desigual por zonas básicas de salud. Veintisiete zonas básicas no alcanzan la media de cobertura del conjunto de Navarra y otras veintisiete superan dicha cifra. Además, veinte zonas básicas, superan el objetivo de cobertura propuesto de vacunar a más del 70% de la población igual o mayor de 65 años (Fig. 88).

### Vacunación antineumocócica en personas institucionalizadas

La Comisión Asesora Técnica de Vacunaciones, reunida en Pamplona el 21 de octubre de 2003, aconsejó al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra inmunizar con vacuna polisacárida 23 valente a todas aquellas personas institucionalizadas en residencias de la Comunidad Foral de

Navarra. Siguiendo estas recomendaciones se elaboró el Programa de Vacunación Antineumocócica a Población Institucionalizada, y se comenzó su aplicación mediante la colaboración del Instituto de Salud Pública, los equipos de Atención Primaria y el personal sanitario de las propias residencias. El objetivo del programa es el de disminuir la morbimortalidad por enfermedad neumocócica invasiva mediante la introducción de la vacuna.

En diciembre de 2003, se ofertó la vacunación a toda la población objetivo, independientemente de la edad y la patología previa. También se oferta la vacuna a todos los nuevos ingresos en residencias a partir de esa fecha.



**Figura 88.** Evolución cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años.

Fuente: ISP. SNS-O.

## PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE SIDA E INFECCIONES ASOCIADAS AL VIH

*Lázaro Elizalde Soto\**

### Norma y características del programa

El conjunto de acciones impulsadas desde el programa de SIDA se inscribe en el marco del llamado “Plan Multisectorial de Movilización frente al SIDA 2001-2005” acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema

\* Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de Navarra.

Nacional de Salud al principio de dicho período, después de evaluar satisfactoriamente el anterior “Plan Multisectorial de Movilización frente al SIDA 1997-2000”.

El Plan define tres grandes ejes de actuación, proponiendo orientar las acciones hacia:

1. Prevenir nuevas infecciones.
2. Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia.
3. Movilizar y coordinar esfuerzos contra la infección.

Además de este referente a nivel estatal, en Navarra existe el antecedente de la aprobación por unanimidad en el Parlamento en 1995, del Programa de Prevención y Control de SIDA e Infecciones asociadas al VIH, que estructuraba las líneas de trabajo en torno a las siguientes áreas: prevención, asistencia, intervención social, formación e investigación, sistema de información, participación y coordinación y propuesta de normativa. Así pues, el programa actual se organiza dentro de las funciones que tiene encomendadas el Instituto de Salud Pública, y más concretamente la Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de Salud.

El Programa tiene adscritos un Técnico Superior de Salud y una Trabajadora Social que comparte este programa con otras funciones.

Por otro lado, desde la convocatoria de subvenciones del Departamento de Salud se contribuye a la financiación de actividades que se desarrollan desde asociaciones ciudadanas u ONG relacionadas con la infección cuyos objetivos y actuaciones se enmarcan en el conjunto de líneas prioritarias definidas desde el Programa y la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de programas de prevención del SIDA acordadas por todas las comunidades autónomas. Para financiar estas actuaciones, se cuenta con un presupuesto de 340.000 euros.

### **Objetivos y principales acciones del programa con indicación de la población a quien se dirigen**

Los principales objetivos definidos por la estrategia multisectorial son los siguientes:

1. Prevenir nuevas infecciones. Se orienta a evitar la extensión de la epidemia mediante la combinación de actuaciones poblacionales dirigidas a promover la información, la educación para la salud y la detección y tratamiento precoz de la infección, así como actuaciones dirigidas a poblaciones o situaciones de especial riesgo, en las que se trabajan con metodologías relacionadas con la minimización o reducción de riesgos, además de las anteriores.
2. Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia. Se busca disminuir la afectación que la epidemia tiene en las per-

sonas y en su modo de enfermar individual, familiar y social, mediante el intento de proporcionar cuidados y apoyos fundamentalmente desde los espacios sanitario y social, poniendo a punto las prestaciones y los servicios necesarios para minimizar el impacto de la enfermedad y mediante la integración de esfuerzos de la sociedad para ello.

3. Movilizar y coordinar esfuerzos contra la infección. Se trata de buscar las sinergias que en la actuación desde diferentes vertientes combinadas, permite optimizar las actuaciones emprendidas. Así se incorpora el trabajo desde las instituciones sanitarias, cuyo liderazgo corresponde al programa de SIDA, junto con otras instituciones como las educativas, de Bienestar Social, asociaciones ciudadanas, juveniles, etc.

#### **Realizaciones: principales esfuerzos desarrollados hasta 2003 (1993-2003)**

1. Prevenir nuevas infecciones. En relación con el primer eje, relacionado con la prevención, desde Navarra se realizan las siguientes actuaciones:
  - Prevención en población general mediante campañas anuales especialmente centradas alrededor del Día Mundial de SIDA, promoviendo el conocimiento sobre prácticas de riesgo para la transmisión, y la realización de la prueba por quienes han estado expuestos a riesgo. Existen varios teléfonos y direcciones para la información sobre SIDA y orientación sobre realización de la prueba de VIH en Navarra.
  - Prevención en jóvenes y adolescentes, mediante el impulso de la educación para la salud en la escuela, apoyando el acceso de jóvenes a consultas en centros de Atención a la Mujer, difundiendo folletos específicos como el denominado “previene te conviene”, apoyando proyectos como el denominado “Con mucho gusto-Gozamenez”.
  - Prevención entre personas consumidoras de drogas, mediante programas de reducción de daños, tales como venta subvencionada de kits antisida, programas de intercambio de jeringuillas, talleres de trabajo con personas consumidoras para reducción de riesgos, etc. Hasta el momento se han dispensado o intercambiado un total aproximado de 500.000 kits antisida desde 1993, y han participado más de 200 personas en diferentes talleres de reducción de daños.
  - Prevención en hombres con prácticas homosexuales o bisexuales. En este terreno se realizan actividades generales de prevención abiertas a personas de estas características, desde ONG o desde algunos servicios como los Centros de Atención a la Mujer, pero la disminución del funcionamiento de la ONG que actúan de manera específica en este terreno, ha limitado las posibilidades de acción del Programa.

- Prevención en personas que trabajan en la prostitución. Existe desde hace más de 10 años, un programa que inicialmente se promovía desde el programa de SIDA y actualmente se desarrolla desde los Centros de Atención a la Mujer ya que se decidió transferir la dotación presupuestaria. El programa está dirigido tanto a hombres como a mujeres, y contribuye al acercamiento a los servicios de salud de personas en esta situación, a que dichas personas reduzcan sus riesgos de infección mediante el aumento de sus conocimientos, la mejora de habilidades y el acceso al sistema sanitario para detección precoz y tratamiento de ETS.
- Prevención en prisiones. Se colabora con el Servicio Médico de la Prisión de Pamplona en programas como los talleres de promoción de salud, intercambio de jeringuillas, información a personal interno y funcionario, además de los programas que por propia iniciativa desarrolla el propio Centro Penitenciario.
- Prevención en inmigrantes y minorías étnicas. Desde hace 15 años se realizan talleres anuales de formación a agentes de salud gitanas sobre prevención y manejo de SIDA. Está pendiente de desarrollo el trabajo orientado a la prevención de inmigrantes.
- Prevención de transmisión vertical. El número de casos en Navarra es muy bajo, y se trabaja en la oferta sistemática de información a embarazadas.
- Prevención en el medio sanitario. La actuación en el medio sanitario se realiza desde dos perspectivas diferentes: la que tiene como finalidad acercar la prevención a la población atendida por los servicios sanitarios, y la que tiene como finalidad la prevención de la exposición laboral del personal sanitario (en colaboración con los servicios de Salud Laboral).
- En relación con la prevención desde el ámbito asistencial, se elaboró una Guía de actuación ante la infección VIH-SIDA en Atención Primaria, que fue presentada en talleres en los que participaron 287 profesionales, pertenecientes a 47 zonas básicas de salud.

En la Cartera de Servicios de los Equipos de Atención Primaria elaborada por la Dirección de Atención Primaria, los aspectos relacionados con la prevención de la transmisión de VIH han quedado excluidos de los servicios básicos de obligado cumplimiento, por lo que no se realizan de manera generalizada.

## 2. Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia. En relación con este eje de actuación, las acciones que se desarrollan son las siguientes:

- Se garantiza desde el conjunto de servicios sanitarios a todas las personas afectadas un acceso a la atención que incluye el diagnóstico

precoz, la atención permanente, la incorporación de los nuevos medicamentos necesarios y eficaces, así como programas complementarios tales como mejora de adherencia al tratamiento, tratamiento de complicaciones, análisis de resistencias, o control de coinfecciones.

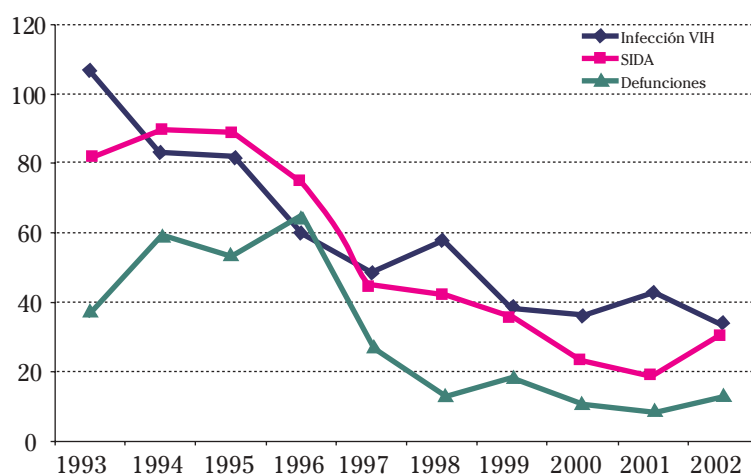
- Se proporcionan desde los distintos servicios sociosanitarios elementos que posibilitan una atención integral de pacientes tales como: acceso a prestaciones, apoyo a redes de atención, acceso a tarjeta sanitaria de coste reducido de medicamentos, etc. Merece la pena destacar el Hogar Zoe como centro de acogida para personas carentes de recursos, y enfermas de SIDA, que se puso en marcha en 1995 y que dispone de 11 plazas, cuyo funcionamiento es subvencionado desde los Departamentos de Salud y Bienestar Social. Este recurso ha tenido diferentes etapas y en el momento actual se detecta que se encuentra al límite de su capacidad de ocupación debido al aumento de supervivencia y limitación de capacidades de buena parte de personas enfermas susceptibles de utilizarlo. En total han residido en este centro 67 personas, de las cuales 24 han fallecido en el mismo, y 17 salieron por motivos de incorporación social, apoyo familiar, u otras razones similares.
  - Si bien se trabaja en mejorar las capacidades de incorporación laboral, hay algunas dificultades en este tema relacionados fundamentalmente con criterios de acceso a puestos de trabajo, especiales dificultades de determinadas personas por su situación de salud, o por efectos secundarios de tratamientos, etc.
3. Movilizar y coordinar esfuerzos contra la infección. El trabajo de coordinación de esfuerzos se puede dividir en vertientes interna y externa al sistema sanitario.
- En relación con la Vigilancia Epidemiológica, Navarra es una comunidad pionera en el sistema de información de infección por VIH, que recientemente ha empezado a incorporarse en algunas otras comunidades autónomas. Este sistema, combinado con la notificación de casos de SIDA y la mortalidad, son herramientas fundamentales para valorar el impacto de las medidas de prevención en el primer caso, y de tratamiento en las segundas. No se ha completado por dificultades administrativas con la monitorización de seroprevalencia en recién nacidos.
  - En relación con la investigación se han desarrollado varios estudios relacionados con la implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), la eficacia de los mismos, la monitorización de conductas relacionadas, etc. Y se colabora en estudios que se realizan en diferentes comunidades autónomas tales como seroprevalencia en personas con ETS y consumo de recursos hospitalarios.

- En relación con la participación ciudadana, se colabora con diferentes ONG de Navarra en temas como coordinación de experiencias, apoyo a personas afectadas, prevención en diferentes espacios sociales, recursos de acogida para personas carentes de recursos, fomento de autoorganización de personas afectadas, formación como agentes de salud.
- Existe un órgano de participación, la Comisión Asesora Técnica cuya actividad ha sido irregular, con períodos de gran actividad junto a otros de menor funcionamiento.

### Indicadores de resultado

En el apartado de 'Resultados – Enfermedades infecciosas' de este mismo Diagnóstico de Salud se presenta un análisis más pormenorizado de la situación actual.

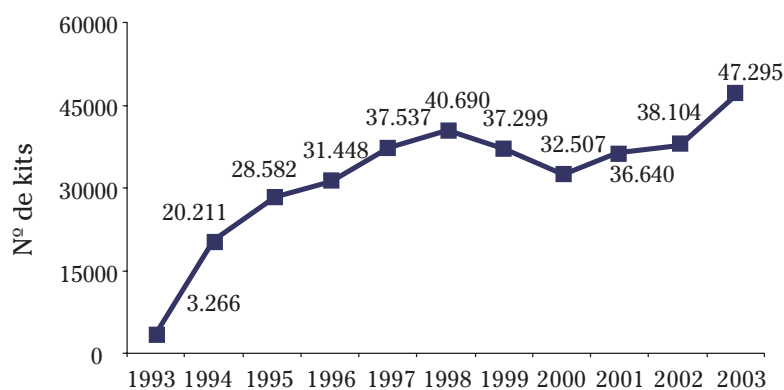
Respecto a la situación en 1993, el número de casos de infección por VIH y de SIDA se ha reducido aproximadamente en un 60%, siendo mayor la reducción en el número de fallecidos por esta enfermedad (Fig. 89).



**Figura 89.** Tendencias de infección por VIH en Navarra.

Fuente: Instituto de Salud Pública.

Al menos 191 oficinas de farmacias participan en la distribución de kit sanitario antisida. En el Programa de Intercambio de Jeringuillas en farmacias, colaboran 84 oficinas de farmacia. Cada año se distribuyen aproximadamente 38.000 kits en las farmacias de Navarra (Fig. 90). En 2003 los datos se refieren al total de dispensación mas intercambio.



**Figura 90.** Distribución de kits antisida en farmacias.

Fuente: Programa de Prevención y Control del SIDA en Navarra. ISP.

## PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE METABOLOPATÍAS CONGÉNITAS

Ana Barcos Arteaga \*

### Normas publicadas

En el año 1987 y dentro del Plan de Prevención de la Subnormalidad, se establece el Programa de Detección de Metabolopatías Congénitas. La Orden Foral de 14 de septiembre de 1988 establece el Programa de Prevención de Minusvalías Psíquicas, de aplicación en toda la Comunidad Foral, dentro del cual queda incorporado el Subprograma de Detección de Metabolopatías Congénitas, con los siguientes objetivos (art. 6):

- Disminuir la incidencia de minusvalías psíquicas por metabolopatías congénitas detectables en los primeros días de vida.
- Ofrecer las técnicas de extracción y procesamiento de laboratorio a todos los recién nacidos en Navarra.
- Informar a la población.
- Garantizar el tratamiento y seguimiento de todos los casos detectados.
- Establecer un sistema de registro para la evaluación continuada.

\* Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz del Instituto de Salud Pública de Navarra.



Durante el año 2003 se publicó la Orden Foral 13/2003 de 10 de febrero por la que se reordena el Programa de Detección Precoz de Metabolopatías Congénitas. Como aspectos más significativos de la misma se señalan:

- El Programa se adscribe al Servicio de Pediatría del Hospital Virgen del Camino, siendo este servicio el encargado de su coordinación y gestión, así como del diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la patología detectada.
- La extracción de la muestra se realizará en el hospital donde haya tenido lugar el nacimiento, y el procesamiento de la muestra se realizará en el Laboratorio de Bioquímica del Hospital de Navarra.
- La Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz del Instituto de Salud Pública colaborará en la evaluación del programa.
- Se establece una Comisión de Seguimiento del Programa.

### **Objetivos**

El programa tiene como objetivo la detección precoz del hipotiroidismo y de la fenilcetonuria, así como la instauración precoz de tratamiento de los casos diagnosticados. La prueba diagnóstica consiste en la extracción de una muestra de sangre mediante punción en el talón en el 3º día de vida, para la detección de TSH y fenilalanina.

### **Principales esfuerzos realizados hasta 2003**

La asunción, por parte de la Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz del Instituto de Salud Pública de Navarra de la evaluación del Programa de Detección Precoz de Metabolopatías Congénitas a partir del año 2000 ha conllevado la realización de las gestiones oportunas para reanudar las reuniones periódicas del Comité de Seguimiento del Programa.

Así mismo, durante el año 2002 se planteó la necesidad de reordenar, de acuerdo con las partes implicadas, el funcionamiento del programa tanto en lo que se refiere a la asignación de recursos humanos y materiales, así como a las competencias por parte de los servicios implicados en cuanto a la organización, gestión, coordinación interna del mismo, mediante la propuesta de realización de una Orden Foral que fue publicada en el año 2003.

### **Resultados del programa**

Las actividades de detección realizadas en los últimos años han permitido estudiar entre el 98,3 y el 99,9% de los recién nacidos en nuestra

Comunidad (Tabla 110). Como consecuencia de ello, se han diagnosticado 6 casos de hipotiroidismo entre el año 2000 y el 2003. Es de señalar que en ese período y a lo largo del cuatrienio anterior no se ha detectado caso alguno de fenilcetonuria.

**Tabla 110.** Metabolopatías. Actividad realizada durante los años 2000 a 2003.

Centro	Pruebas realizadas				Cobertura (%)			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
HVC	3626	4144	4123	4374	99,8	100	98,7	98,9
HRS	684	758	755	831	99,7	99,5	97,3	98,1
HGO	420	415	415	447	98,8	99,1	95,2	98,0
CUN	295	307	293	278	99,0	-	98,3	93,6
CSM	134	127	143	151	100	100	98,6	93,8
Otros			4	7			100	100
Total	5.159	5.751	5.736	6.088	99,4	99,9	98,2	98,3

Fuente: ISP. SNS-O.

## PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

*Nieves Ascunce Elizaga\**

### Norma y características del programa

Si bien el programa inicia sus actividades en 1990, la norma explícita referida al Programa se promulga en 2003, es la Orden Foral 61/2003, por la que se reordena el Programa de Prevención de Cáncer de Mama. En la misma se incluyen como aspectos más significativos:

- El reconocimiento del derecho a acceder al Programa.
- La indisolubilidad del proceso incluyendo en el mismo la realización de las actividades de detección y las de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.
- El establecimiento de la financiación del mismo a cargo de los presupuestos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

\* Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz del Instituto de Salud Pública de Navarra.

- La asignación como hospitales de referencia al Hospital Virgen del Camino y al Hospital de Navarra.

### **Características del programa**

- Población objetivo. Son las mujeres residentes en Navarra con edades comprendidas entre 45 y 69 años (45-65 hasta 1998). En este período la población elegible ha variado entre 58.712 mujeres en la primera vuelta (1990-1992) y 78.645 en la séptima (2002-2004), de la que se aportan datos provisionales.
- Test de screening. A todas las mujeres que acuden por primera vez se les realizan dos proyecciones mamográficas desde 1994 y a las que ya han sido exploradas con anterioridad una sola.
- Intervalo entre exploraciones: Con carácter general se establece en 2 años, aunque dependiendo de características radiológicas específicas, a un subgrupo de mujeres se les realiza revisiones con mayor frecuencia (cada 12 ó 6 meses).

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 2002 comenzó la séptima vuelta del programa que finaliza en julio de 2004. Las actuaciones seguidas en el programa desde su inicio y las modificaciones habidas se reflejan en figura 91.

### **Objetivos**

Disminuir la mortalidad por cáncer de mama entre la población objetivo, todas las mujeres residentes en Navarra entre 45 y 69 años de edad.

Como objetivos complementarios se establece la mejora de calidad de vida y aumento de supervivencia entre las mujeres afectadas por el cáncer de mama.

### **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 2002. Corresponden a toda la actividad de las 6 primeras vueltas y las primeras zonas de la séptima.

#### **1. Participación**

Durante este período han sido convocadas para realizarse la exploración 99.151 mujeres, de las que un 88,68 % (87.926 mujeres) han acudido al menos una vez a las unidades de detección. El 94,46% de ellas lo hacen cuando se les cita por primera vez.

La participación global en el período de estudio (sobre 408.694 invitaciones válidas) se sitúa en 86,76%; a lo largo del período se ha ido produciendo un ligero aumento (87,91% en la sexta vuelta frente a 83,14% en la primera).

La participación de las mujeres que se citan por primera vez es del 83,45%, sin variaciones a lo largo del tiempo. Un 20,52% de las mujeres que no acuden en la primera invitación se recuperan en vueltas sucesivas.

Sobre 272.243 situaciones en las que la mujer había sido explorada en la vuelta anterior, ésta ha acudido a la exploración en su intervalo (2 años) en el 96,32% de los casos, lo que traduce la gran adherencia que se produce. En 4.337 de 9.850 casos (44,03%) se realizó la mamografía con un intervalo igual o superior a 4 años respecto a la exploración anterior.

## **2. Resultados del test de screening**

A lo largo del período se han realizado algo más de 350.000 exploraciones lo que se traduce en más de 750.000 mamografías.

La lectura del test de screening ha permitido descartar la sospecha del tumor en un 88,78 % 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 pruebas para confirmación diagnóstica en la unidad hospitalaria correspondiente).

El porcentaje de mujeres que precisan una valoración adicional varía en relación al tipo de exploración: entre un 8,77% en las mujeres que han tenido una exploración en la vuelta anterior y un 18,54% en las mujeres que se exploran por primera vez. Igualmente se observan significativas diferencias si tenemos en cuenta la edad de las mujeres exploradas, pasando de casi un 20% en las mujeres más jóvenes a algo menos del 7% en las mayores. Por vueltas, se observa una disminución significativa coincidiendo con la introducción de la doble proyección radiológica desde la tercera vuelta para las mujeres de nueva incorporación.

## **3. Resultados del proceso de detección**

En el 99,95 % de los casos se ha completado el proceso de detección (sólo 165 mujeres a lo largo de los años de estudio han rechazado la realización de pruebas complementarias).

Sobre 354.399 exploraciones completas, se han obtenido los siguientes resultados:

- En el 91,14% de las exploraciones el resultado ha sido negativo, indicándose una revisión en el intervalo general de 2 años.
- En el 8,20% de las exploraciones se ha detectado patología benigna que precisaba un control intermedio.
- En el 0,66% de las exploraciones se ha procedido a la remisión a unidad hospitalaria para completar estudio.

El porcentaje de mujeres que se envían a las unidades hospitalarias para confirmación diagnóstica varía significativamente según el tipo de exploración que se realiza. El porcentaje más bajo, -0,47%-, corresponde a las mujeres exploradas en la vuelta anterior y el más alto, -1,78%- a mujeres que se incorporan por primera vez aunque habían sido citadas en vueltas anteriores.

#### **4. Resultados del proceso de confirmación diagnóstica**

Treinta y siete de las 2.362 mujeres enviadas a las unidades hospitalarias para confirmación diagnóstica han rechazado completar el proceso (1,57%).

Se han confirmado 1.189 tumores malignos (51,14% de los casos enviados para estudio), esto es, se ha confirmado un tumor maligno cada 2 mujeres remitidas desde el programa con sospecha de malignidad.

El porcentaje de tumores malignos confirmados sobre el número de envíos realizados varía entre 63% en el caso de mujeres exploradas con anterioridad y 38% en el caso de mujeres exploradas por primera vez. Las diferencias que se observan a lo largo del período serían consecuencia de la propia variabilidad de los datos como consecuencia de su desagregación.

#### **5. Resultados del proceso completo (detección-diagnóstico)**

En el 91,29% de los casos se obtiene un resultado negativo de la detección; la mujer vuelve a ser citada a los 2 años para realizarse una nueva exploración. Algo más del 8% de las mujeres son citadas al año (en casos muy especiales a los 6 meses) para realizarse una revisión intermedia. El 3,36% de cada 1.000 exploraciones se ha confirmado un tumor maligno.

En relación a la necesidad de realizar controles intermedios, habitualmente al año, lo mismo que en los procedimientos anteriores, el número de mujeres es muy superior en edades jóvenes y exploradas por primera vez.

#### **6. Tasas de detección**

A los 1.189 tumores diagnosticados como consecuencia del proceso de detección hay que añadir 209 que se confirman tras la realización del control intermedio, con lo que la tasa de detección global se sitúa en 3,95 por 1000 mujeres exploradas, variando entre 8,55 en las mujeres que acuden de forma irregular con un intervalo igual o superior a 4 años y 3,41 en las mujeres exploradas en la vuelta anterior. Las mujeres que acuden al programa siendo invitadas por primera vez presentan una tasa de detección de 5,12 y las que retrasan su incorporación a posteriores invitaciones de 8,20. La tasa de detección se incrementa al aumentar la edad en el momento de la exploración (Tabla 111).

### 7. Características de los tumores detectados

Sobre el total de tumores detectados 268 tumores (19,2%) se confirman como intraductales.

De los 1.128 tumores invasivos detectados, el 30,1% presentaban un tamaño menor o igual a 0,1 cm (T1mic - microlesión) y el 49,2% un tamaño menor a 1 cm (tumores mínimos).

El 69,1% de los tumores invasivos no presentan infiltración ganglionar. Considerando además los tumores intraductales (sin infiltración ganglionar), en conjunto, un 74,9% del total de tumores no presenta infiltración.

**Tabla 111.** Indicadores de resultado del screening de mama.

Proceso	1ª vuelta	2ª vuelta	3ª vuelta	4ª vuelta	5ª vuelta	6ª vuelta
Mujeres exploradas (test completo)	48.905	56.674	54.575	55.435	60.981	67.051
Imágenes adicionales (%)	19,17	13,19	10,51	9,76	7,58	9,28
Envíos a hospital (%)	1,16	0,51	0,55	0,57	0,59	0,70
Revisiones intermedias (%)	10,01	9,9	6,86	9,49	8,31	6,66
<b>Indicadores predictores</b>						
Participación (%)	83,14	85,76	87,16	87,42	87,49	87,91
Tasa de detección (%)	0,59	0,31	0,32	0,40	0,40	0,38
Tipo de tumores (%)						
"In situ"	15,68	15,17	24,43	21,72	21,63	18,43
Invasivos Mic y ≤10 mm	27,18	27,53	21,02	25,34	33,06	41,96
Sin infiltración ganglionar	72,47	75,84	70,06	76,92	77,96	75,78

Fuente: ISP. SNS-O.

No se observan grandes diferencias según el tipo de exploración si consideramos el tamaño de los tumores, sin embargo el porcentaje de tumores invasivos sin infiltración ganglionar es significativamente superior en las mujeres que se exploraron en la vuelta anterior.

Año	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Vuelta		1ª v	2ª v	3ª v	4ª v	5ª v	6ª v	7ª v							
Población elegible		45 - 65 años				45 - 67		45 - 69							
		58.819	66.082	62.217	63.416	69.699	76.279	78.645 *							
Test Screening															
E. Inicial		O.M.L.				O.M.L. Y C.C.									
E. Sucesiva		O.M.L.													
Intervalo		2 años													

\*Datos provisionales

**Figura 91.** Características del screening de mama desde el inicio del programa.

Fuente: Programa de detección precoz del cáncer de mama. ISP.

## PLAN FORAL DE ACCIÓN SOBRE EL TABACO

*Narciso Santana Martínez\**

### Antecedentes y bases legales en la Comunidad Foral

En agosto de 1994, mediante Orden Foral, el Consejero de Salud puso en marcha el Programa Piloto de Ayuda de dejar de fumar en Atención Primaria y Salud Laboral. En octubre de 1999 de nuevo, mediante Orden Foral, se creó un Comité de Expertos para la elaboración del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco, compuesto por un equipo multidisciplinar de profesionales de diferentes ámbitos. Este Plan fue aprobado por el Gobierno de Navarra, para posteriormente ser remitido al Parlamento de Navarra, siendo aprobado por la Comisión de Sanidad del mismo el 27 de abril de 2001. Posteriormente en junio de 2001 se publicó el Decreto Foral 127/2001, de 28 de mayo, por el que se establecen los órganos de dirección y coordinación del Plan Foral de Acción sobre el tabaco.

En febrero de 2003, el Pleno del Parlamento aprobó la Ley Foral 6/2003, de 14 de febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de promoción de la Salud en relación al tabaco, propuesta en sus parámetros fundamentales en el propio Plan Foral de Acción sobre el tabaco. Por último se publicó el Decreto Foral 139/2003, de 16 de junio, por el que se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar.

Este Plan Foral pivota sobre tres grandes ejes:

- a) Prevención al inicio del consumo de tabaco.
- b) Ayuda a dejar de fumar.
- c) Creación de espacios públicos y laborales sin humo.

A continuación se plantean escuetamente las actuaciones que se vienen realizando en cada uno de estos grandes ejes:

### Prevención al inicio del consumo

En la prevención al inicio del consumo se siguen tres líneas generales:

- Salud y desarrollo personal. Se inicia en 1995, dirigido al profesorado de los centros escolares para promocionar en el alumnado estilos de vida saludables y una mayor competencia personal y social. Se edita y distribuye un material de apoyo ("La Guía de Salud y Desarrollo Personal"), se realizaron sesiones de presentación y cursos de formación al profesorado.

---

\* Coordinador del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco.

- Trabajo con familias. Se inició también en 1995, como complemento de la anterior. Se dirige a Asociaciones de madres y padres (APYMAS) y familias. Pretende apoyar el trabajo con las familias de los diferentes centros y servicios: Centros de Salud, Servicios Municipales y Centros de Atención a la Mujer. Se han realizado actividades de investigación, formación, edición de la Guía de Educación Parental, registro de experiencias y recopilación de modelos de buena práctica.
- Escuelas Promotoras de Salud. Pretenden animar y apoyar el desarrollo de culturas promotoras de salud que incorporen la educación para la salud en el currículo escolar y en el trabajo educativo de aula, la promoción de un medio escolar saludable y las relaciones entre los centros educativos y los centros sanitarios y sociales. Cuenta con un material específico: Promoción de la Salud en los Centros Escolares, convocatorias para la incorporación de Centros en la red, comisiones de dirección y comisiones de apoyo, etc. Hasta el momento están integrados 9 centros docentes, aunque el año pasado se estuvo presente en 36 centros docentes.

El Programa de Prevención del Inicio de fumar en el Plan Foral de Acción sobre el Tabaco se centra en la adolescencia y juventud. Los objetivos específicos de este Programa de Prevención son: reducir en 6 puntos porcentuales la proporción de personas fumadoras en el grupo de 15 a 25 años, situándolo en el año 2005 en el 35%, y retrasar el promedio de la edad de inicio hasta situarla en los 16-17 años en la fecha referida.

### **Ayuda a dejar de fumar**

Este programa propone actuaciones desde los Centros de Atención Primaria y los Servicios de Salud Laboral, dirigidas a promover el abandono del consumo de tabaco en la población fumadora. Prioriza el ámbito de intervención de la A.P. y Salud Laboral sobre la Atención Especializada, por accesibilidad y por poseer los profesionales de este nivel un alto grado de sensibilidad al desarrollo de las actividades preventivas. En Atención Primaria y Salud Laboral el Programa de Ayuda a dejar de Fumar se inició con dos niveles de intervención: básica e intensiva.

El nivel básico o Consejo Sistematizado consiste en la pregunta sistemática en la consulta sobre consumo de tabaco, el consejo de abandono a las personas que fuman, y la oferta del folleto explicativo a quienes deseen dejar de fumar. Esta actitud se repetirá cada 6-12 meses. El Consejo Sistematizado está incluido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria como servicio básico, realizándose, en consecuencia, en todos los centros de salud. El nivel intensivo proporciona Apoyo Programado Individual o Apoyo Programado Grupal. La modalidad individualizada consiste en una ayuda pautada, personalizada con una persona que



no sólo desea dejar de fumar sino que claramente lo ha decidido. La otra, es la ayuda grupal para dejar de fumar aprovechando las posibilidades educativas y de refuerzo que ofrece el grupo. De las 54 zonas básicas de salud de Navarra, en la actualidad están haciendo Apoyo Programado Individual 51 zonas básicas de salud y Apoyo Programado Grupal 28 zonas básicas de salud.

La evaluación de la Cartera de Servicios 2003 realizada ha objetivado 13.751 fumadores en los que se ha registrado una intervención en el Centro de Salud (Consejo sistemático, Apoyo individual o grupal), lo que representa el 2,92% de la población mayor de 15 años.

El nivel intensivo de ayuda a dejar de fumar incluye a partir de julio de 2003 (Decreto Foral 139/2003, de 16 de junio) la financiación, con la misma cuantía que los medicamentos de la Seguridad Social, del tratamiento sustitutivo de nicotina por vía transdérmica, junto con el tratamiento por vía oral con bupropión. Hasta esta fecha, desde 1994, se financiaba una tercera parte del tratamiento de parches transdérmicos de nicotina.

El coste de los tratamientos subvencionados ha ido incrementándose desde su inicio en 1994 (Tabla 112). Llama la atención el coste del segundo semestre de 2003 (300.000 euros) que es cuando entra en vigor el Decreto Foral 139/2003, por el que se financia como un medicamento más el tratamiento de deshabituación con parches de nicotina y bupropión.

**Tabla 112.** Coste de los tratamientos subvencionados por años.

<b>Año</b>	<b>Coste en euros</b>
1995	1.260
1996	2.934
1997	5.119
1998	5.748
1999	14.012
2000	28.743
2001	26.084
2002	19.257
2003 (primer semestre)	20.299
2003 (segundo semestre)	301.592
<b>TOTAL</b>	<b>425.098</b>

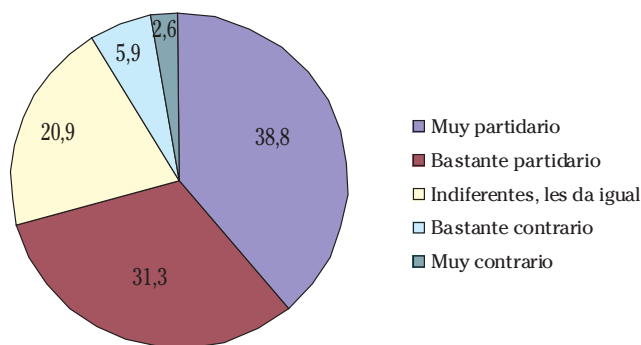
Fuente: ISP. SNS-O.

En Salud Laboral el Programa de Ayuda a dejar de Fumar se inició en 1997 y en la actualidad se desarrolla en alrededor de 25 empresas importantes de la Comunidad.

También se ha realizado el Programa de Ayuda a dejar de fumar para profesionales de Salud y de Educación, habiendo participado en total cerca de 400 profesionales en cuatro convocatorias con resultados de ceses mantenidos al año de un 29% en médicos, 35% en profesorado y 16% en enfermería.

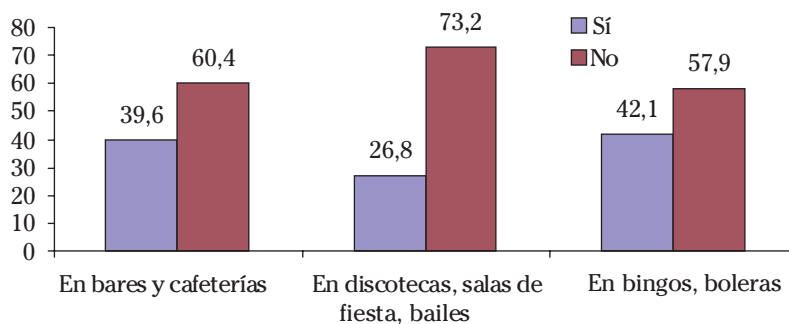
### Espacios públicos y laborales sin humo

Según los datos de la encuesta de la Fundación Bartolomé de Carranza realizados en 2003, los jóvenes navarros son ampliamente partidarios de que haya normas que prohíban fumar en lugares de trabajo y estudio compartidos (70,6%) (Fig. 92). Sin embargo, mayoritariamente, no cree que haya que delimitar zonas en que se permita fumar en los lugares de ocio y diversión (73,2%) (Fig. 93).



**Figura 92.** “¿Eres partidario de que haya normas que prohíban fumar en lugares de trabajo y estudio compartidos por personas que fuman y no fuman?”.

Fuente: encuesta a la juventud Bartolome de Carranza, 2003.



**Figura 93.** “Y refiriéndonos a los lugares de ocio y diversión, ¿crees que deberían delimitarse zonas donde estuviera permitido fumar y zonas donde no?”

Fuente: encuesta a la juventud Bartolome de Carranza, 2003.

## **PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI)**

*Francisco Cardona Tortajada\**

### **Normativa establecida**

La puesta en marcha de las actividades preventivas y asistenciales del programa de asistencia dental tuvo lugar en 1991 con motivo de la promulgación del Decreto Foral 58/1991, BON de 18 de Febrero, ya derogado. Inicialmente la población contemplada en el programa abarcaba los niños y niñas de 6 a 15 años.

En el año 2003, mediante el Decreto Foral 69/2003, se modificó el Programa de Atención Dental a la Población Infantil y Juvenil ampliándose la edad de aplicación del programa hasta los 18 años. Las prestaciones ofertadas se establecen mediante la Orden Foral 77/2003.

Desde 1992 se establecen normas para la atención específica de los disminuidos psíquicos de nuestra Comunidad, actualizándose la normativa en el año 2003 con la publicación del DF 70/2003 y la OF 51/2003.

### **Objetivos y principales acciones del programa con indicación de la población a la que se dirigen**

El objetivo de este programa es mejorar la salud bucodental de la población definida, ya que se considera necesario garantizar atención dental básica durante, al menos, unos seis años después de erupcionar el segundo molar permanente (período de tiempo más crítico en cuanto al desarrollo de caries dental). Por lo tanto el Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil, garantiza de forma gratuita atención dental básica a todos los niños y jóvenes residentes en Navarra, de 6 a 18 años de edad.

Se reconoce el derecho de la población comprendida en el Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil a las siguientes prestaciones bucodentales:

1. Revisión diagnóstica del estado de salud oral.
2. Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta.
3. Sellado de fisuras de molares permanentes.
4. Obturación de piezas permanentes.
5. Tratamiento pulpar de piezas permanentes.
6. Extracción de piezas temporales y permanentes.
7. La terapia periodontal que determine el Departamento de Salud.
8. Tratamiento de urgencias bucodentales.

---

\* Unidad de Salud Bucodental de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

9. Tratamiento de malformación y traumatismos de incisivos y caninos permanentes.
10. Aplicación profesional de flúor tópico.
11. Tratamientos protésicos que determine el Departamento de Salud.
12. Tratamientos de cirugía bucal que determine el Departamento de Salud.

Quedan excluidas del Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil las siguientes prestaciones:

1. La atención dental ortodóncica, tanto en su fase diagnóstica como terapéutica.
2. La atención de la dentición temporal, a excepción de la revisión diagnóstica, las extracciones no ortodóncicas y la atención de las urgencias.
3. La exodoncia de cordales, con las excepciones que establezca el Departamento de Salud.
4. También se excluye cualquier intervención necesaria para o por la realización de prestaciones excluidas del PADI.

Las personas incluidas en el Programa pueden ser atendidas por odontólogos o médicos estomatólogos del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea o del sector privado entre aquellos que hayan sido libremente concertados a tal fin. En estos casos el pago por las prestaciones 1 a 8 enunciadas se realiza por pago capitativo y las tres últimas (9 y 12) se retribuyen por acto médico.

El Programa de Atención Dental Infantil y juvenil atiende además a los discapacitados con edades no comprendidas entre los 6 y 18 años. Por ello, por la complejidad que a veces acarrea el atender a esta población, y por la mayor prevalencia de problemas bucodentales en estos colectivos se ha puesto en marcha un sistema de atención dental específico para ellos que se concreta mediante la ampliación de prestaciones ofertadas y la cobertura fuera de las edades objetivo.

### **Principales esfuerzos y resultados hasta 2003**

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea cuenta con dentistas propios que desarrollan su actividad para el Programa en Pamplona y en Tudela. Además de éstos la participación concertada de dentistas privados ha ido en aumento desde 36 en 1991, a 60 en 1995, a 135 en 2000 y 160 en 2003. El año 2003 el conjunto de dentistas concertados atendió al 93,5% de la población atendida ese año.

Desde su inicio, la población a la que se dirige el programa ha ido aumentando su participación hasta alcanzar el 70% de la población objetivo en el año 2003. Ese mismo año y por cada 100 personas utilizadoras se

han sellado 49 dientes, se han obturado 29, se han realizado 1,2 tratamientos pulpares y 3,6 fluorizaciones locales, y se han extraído 0,7 dientes permanentes y 9,2 temporales (Tabla 113).

**Tabla 113.** Programa de Atención Dental Infantil: perfil asistencial 1993-2003.

Concepto	1993	1995	1997	1999	2001	2002	2003
Población Diana (PD)	21.262	31.435	41.000	50.750	49.730	50.150	50.900
Edades de la PD	6-9	6-11	6-13	6-15	6-15	6-15	6-15
Niños atendidos (NA)	9.079	14.649	22.755	31.364	32.435	33.695	35.349
% de PD atendida	42,7	46,6	55,5	61,8	65,2	67,2	69,4
Dientes sellados / 100 NA	61,6	57,3	60,9	53,1	46,5	46,8	49,2
Dientes obturados/ 100 NA	20,0	20,7	27,3	34,3	30,3	31,0	28,7
Dientes en tto. pulpar/100	1,52	1,90	1,88	1,45	1,23	1,27	1,16
Fluorizac. tópicas / 100 NA	0	1,30	1,29	1,90	3,27	3,00	3,59
Extraídos Permanentes /100 NA	0,17	0,69	0,95	1,31	1,01	0,94	0,74
Extraídos Temporales / 100 NA	12,9	14,4	11,3	11,1	10,1	10,3	9,2
RX intraorales / 100 NA	7,95	9,40	6,60	5,23	6,20	7,77	9,59

Fuente: PADI. Dirección de Atención Primaria. SNS-O.

El gasto generado durante 2003 alcanzó 2.153.366 euros, incluyendo los gastos de carácter administrativo, el gasto producido por el sector público y el generado por el sector concertado. El gasto por cada persona objetivo del programa fue de 42,3 euros y por cada utilizador de 60,9 euros.

Los indicadores de salud bucodental de la población infantil y juvenil de Navarra se presentan en el capítulo correspondiente a Resultados de este Diagnóstico de Salud.

## PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

*M<sup>ra</sup> Antonia Ramos Arroyo y Amaya Bengoa Alonso \**

### Normativa y objetivos

Según la Orden Foral de 14 de septiembre de 1988, del Consejero de Salud, sobre "Programa de prevención de minusvalías psíquicas", los ob-

\* Sección de Genética Médica del Hospital Virgen del Camino.

jetivos del subprograma Consejo Genético - Diagnóstico Prenatal son los siguientes:

1. Reducir la incidencia de minusvalías producidas por malformaciones congénitas y enfermedades genéticas en la población de Navarra.
2. Ofrecer a las parejas e individuos consejo genético objetivo y preciso.
3. Efectuar el diagnóstico prenatal en los embarazos de riesgo.
4. Informar a la población.
5. Establecer un sistema de registro, así como un seguimiento epidemiológico de enfermedades genéticas y malformaciones congénitas para la continua evaluación del subprograma.

### **Principales actividades desarrolladas hasta 2003**

El diagnóstico prenatal comprende todas aquellas acciones diagnósticas encaminadas a descubrir intraútero cualquier tipo de defecto congénito entendiéndose éste como toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular, presente al nacer (aunque pueda manifestarse más tarde), externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple (OMS).

Las principales actividades realizadas desde el inicio del Programa en 1995 hasta 2003 han sido las siguientes:

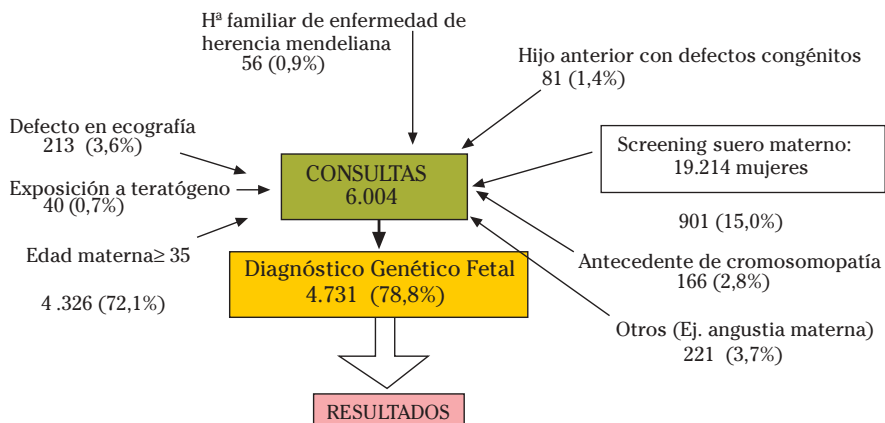
1. Consulta de consejo genético y diagnóstico prenatal. Todos los embarazos en que se cumplan los criterios de: edad materna igual o superior a 35 años (72% de las consultas), screening bioquímico positivo (15%), anomalías morfológicas fetales halladas en la ecografía (3,6%), hijo previo con cromosomopatía o defectos congénitos (4%), enfermedades de herencia mendeliana en la familia (1%) o exposición a teratógenos durante el embarazo (0,7%), se consideran embarazos de riesgo y pueden acudir a la consulta de diagnóstico prenatal en la que se valora la historia familiar y otros resultados de pruebas complementarias y en aquellos casos en los que esté indicado, se ofrece la posibilidad de un diagnóstico genético fetal (Fig. 94). Desde 1995 hasta 2003 se han atendido un total de 6.004 consultas observándose un incremento del 108% en dicho período (Fig. 95), incremento que, en el caso del número de screening y diagnósticos fetales, es todavía mayor, superando el 200%.
2. Screening bioquímico (SCR) en suero materno, que tiene en cuenta los niveles de Alfa Feto Proteína y Hormona Gonadotropina Coriónica, así como la edad materna y la medida del pliegue nucal fetal, para el cálculo del riesgo de Síndrome de

Down y otras cromosomopatías y defectos del tubo neural. Este test es la única prueba de diagnóstico prenatal a la que pueden optar las mujeres menores de 35 años que no tengan otra indicación de embarazo de riesgo. Teniendo en cuenta esto, cabe destacar que este test ha pasado de cubrir el 24% de los embarazos en este grupo de mujeres, a una cobertura del 68%. Además, alrededor del 5% de los screening realizados anualmente son de mujeres de edad mayor o igual a 35 años, que optan por esta prueba, en lugar del diagnóstico genético fetal (Tabla 114).

**Tabla 114.** Screening bioquímico (SCR) en el período 1995-2003.

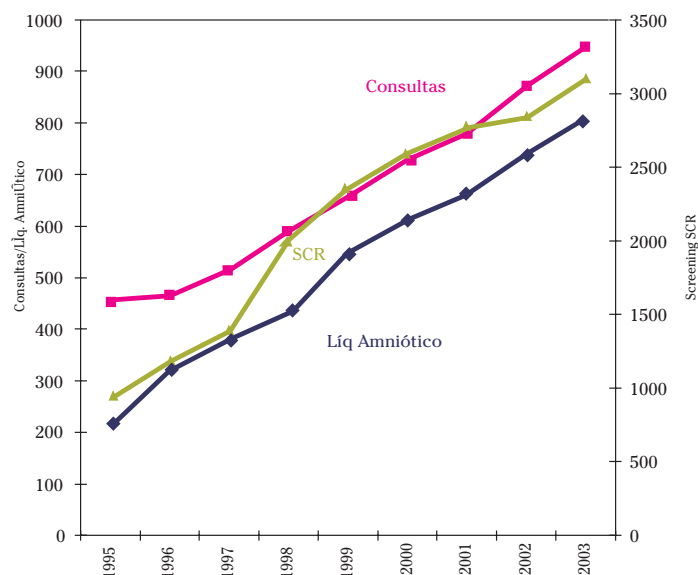
	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003
SCR	936	1.395	2.348	2.580	2.768	2.847	3.115
Embarazos	4.550	4.967	5.122	5.262	5.710	5.742,3	5.922,4
SCR/Embarazo (%)	20,57	28,09	45,84	49,03	48,48	49,58	52,60
SCR(Edad<35)	936	1.395	2.182	2.410	2.655	2.716	2.907
Embarazos(Edad<35)	3.885	4.001	3.938	4.072	4.355	4.240	4.294
SCR/Emb(Edad<35)(%)	24,09	34,87	55,41	59,18	60,96	64,05	67,70

Fuente: Diagnóstico prenatal. Sección de Genética Médica. HVC.



**Figura 94.** Actividad diagnóstica del programa de diagnóstico prenatal en el período 1995-2003.

Fuente: Diagnóstico Prenatal. Sección de Genética Médica. HVC.



**Figura 95.** Demanda de consultas de diagnóstico prenatal.

Fuente: Programa de Diagnóstico Prenatal. Sección de Genética Médica. HVC.

3. Diagnóstico genético fetal (cariotipo fetal), que requiere técnicas invasivas como son la amniocentesis (aproximadamente el 99,5% de los casos), cordocentesis (0,2%) o biopsia corial (0,3%). El cariotipo permite identificar diferentes anomalías cromosómicas numéricas o estructurales, entre las que destaca la trisomía 21. En más del 95% de las mujeres que acuden a la consulta se recomienda la realización de diagnóstico fetal, y de ellas, aproximadamente el 79% (47% en 1995 y 85% en 2003) optan por realizarlo.

En la Tabla 115 se muestran las cromosopatías identificadas mediante este análisis fetal.

4. Registro de Anomalías Congénitas y Enfermedades Hereditarias de Navarra (RACEHNA). En Junio de 2003 se inició un proyecto para la puesta en marcha de este Registro, que permitirá la supervisión epidemiológica de la patología congénito-hereditaria y la evaluación continua de los resultados del Programa de Diagnóstico Prenatal. En el mismo se recogen todos los datos de recién nacidos vivos o muertos con malformaciones congénitas, así como los abortos espontáneos o inducidos por hallazgo de anomalía congénita en el diagnóstico prenatal. Hasta el momento se han recogido un total de 823 casos, correspondientes al pe-



río 1995-2004. Estos datos nos permiten realizar una primera aproximación al estudio epidemiológico y etiológico de los defectos congénitos y enfermedades hereditarias en la Comunidad Foral de Navarra.

**Tabla 115.** Resultados obtenidos en el diagnóstico genético fetal. 1995-2003.

<b>Diagnósticos</b>	<b>Nº</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>Nº</b>
Síndrome de Down	74	47,XXY	7
Trisomía 18	19	47,XXX	5
Trisomía 13	5	45X	9
Trisomía 9	3	Cromosoma marcador	5
Trisomía 20 en mosaico	5	Translocaciones	17
Trisomía 12 en mosaico	1	Delección Y	1
Tetraploidías	2	Cromosomas derivados	10
Triploidía	1	Inversión-duplicación crom.	1
47,XYY	6	Inversiones cromosómicas	9

Fuente: Programa de Diagnóstico Prenatal. Sección de Genética Médica. HVC.

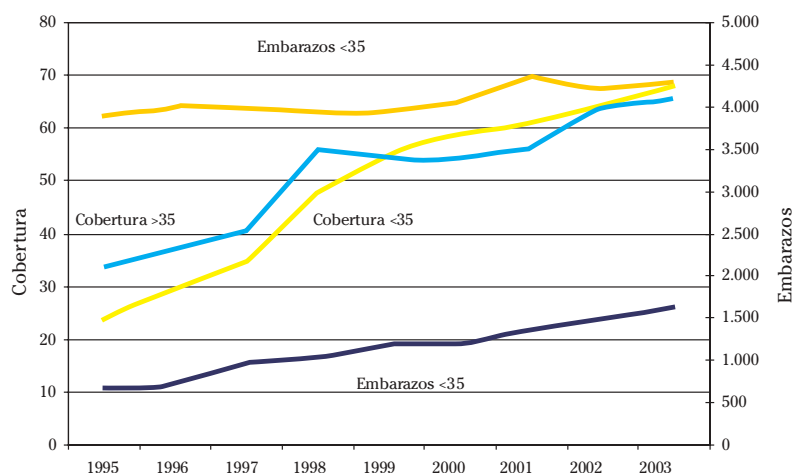
### Resultados del programa de diagnóstico prenatal

- Cobertura del programa de diagnóstico prenatal. El año 2003 la cobertura del diagnóstico prenatal alcanzaba 2 de cada 3 embarazos (Fig. 96), tanto para las mujeres embarazadas mayores de 35 años como para las menores.

Desde 1995 el número de embarazos en mujeres mayores de 35 años se ha multiplicado por 2,5, pasando de 665 a 1.628 embarazos. En ese período y para ese colectivo la cobertura del diagnóstico prenatal ha pasado del 33 al 65%. En el colectivo de mujeres de menos 35 años el número de embarazos ha aumentado ligeramente y la cobertura del diagnóstico prenatal (screening bioquímico) ha pasado del 24 al 68%.

- Actividad diagnóstica y resultados en Diagnóstico Prenatal. En el período 1995-2003, se han identificado 180 alteraciones cromosómicas, lo que supone casi un 4% del total de muestras analizadas (Tabla 115). Entre ellas, como era de esperar, destacan las 74 trisomías de los cromosomas 21 o Síndrome de Down, 19 trisomías del cromosoma 18 (S. Edwards), 5 del cromosoma 13 (S. Patau). También se ha identificado un importante número de alteraciones de cromosomas sexuales (fórmulas cromosómicas; 45X o Síndrome de Turner; 47, XXY o S. Klinefelter; 47, XYY y 47, XXX); 3 casos de euploidías (tri y tetraploidías); 5 casos con cro-

mosomas marcadores y otras alteraciones estructurales como traslocaciones, inversiones, etc.



**Figura 96.** Evolución de los embarazos y de la cobertura del diagnóstico prenatal según edad en el embarazo.

Fuente: Programa de Diagnóstico Prenatal. Sección de Genética Médica. HVC.

- Screening bioquímico. Teniendo en cuenta únicamente la utilidad del test para la identificación de casos de Síndrome de Down, la Sensibilidad durante el período 1995-2003 ha sido del 63,08%, siendo su Especificidad del 91,95%. El test muestra un Valor Predictivo Positivo del 2,42% y un Valor Predictivo Negativo del 99,87%.
- Prevalencia de defectos congénitos. Teniendo en cuenta que el número total de nacimientos en Navarra en el período estudiado (según datos del Instituto Nacional de Estadística) ha sido de 46.967, la prevalencia de defectos congénitos en nacidos vivos identificados en el Registro es de 1,36% (intervalo de confianza 95%: 1,26-1,47). Esta estimación es inferior a la esperada, muy probablemente debido a la dificultad para conseguir la identificación de todos los casos con defectos congénitos y enfermedades hereditarias (objetivo a conseguir durante los años 2004-2005) (Tabla 116).
- Momento de diagnóstico de los defectos congénitos y enfermedades hereditarias. Según la información disponible en el Registro (RACEHNA), el 34% de los casos se diagnosticaron prenatalmente, el 37% en el momento del nacimiento, el 18% durante el primer año de vida y el 11% después del primer año de vida (Tabla 116).

- Diagnóstico prenatal y postnatal del Síndrome de Down en Navarra. Desde 1995 hasta el año 2003 el screening prenatal ha identificado 75 embarazos con diagnóstico de Síndrome de Down. En ese mismo período, 54 recién nacidos fueron diagnosticados como Síndrome de Down. Para el conjunto de esos 9 años la cobertura del diagnóstico prenatal sobre el total (prenatal + postnatal) ha sido 58,2% (Tabla 117). Debido a las importantes variaciones anuales, las estimaciones de cobertura deben realizarse agrupando años.

**Tabla 116.** Casos de niños con defectos congénitos nacidos vivos y diagnosticados prenatalmente recogidos actualmente en el RACEHNA.

	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Nº Casos	50	75	125	136	87	64	46	814
Diagnóst. prenatalmente	10	28	33	37	39	30	34	273
(%)	(20)	(37)	(26)	(27)	(44)	(46)	(74)	(34)
Nacidos vivos	44	60	105	112	60	42	22	641
Incidencia	0,97	1,21	2,05	2,13	1,05	0,73	0,37	1,36

Fuente: Diagnóstico prenatal. Sección de Genética Médica. HVC.

**Tabla 117.** Diagnóstico prenatal y postnatal de Síndrome de Down en Navarra. 1995-2003.

	Prenatal	Postnatal	Total	% de detección
1995	1	13	14	7,1
1996	9	3	12	75,0
1997	6	7	13	46,2
1998	13	3	16	81,3
1999	8	4	12	66,7
2000	9	6	15	60,0
2001	16	10	26	61,5
2002	5	6	11	45,5
2003	8	2	10	80,0
Total	75	54	129	58,1

Fuente: Diagnóstico prenatal. Sección de Genética Médica. HVC.

- Incidencia de Síndrome de Down en Navarra. Se ha comparado el número de nacimientos con Síndrome de Down en los 9 años anteriores a la implantación del Programa de Diagnóstico Prenatal.

tal con los casos dados en el período de funcionamiento del mismo. Aunque se observa un descenso en el número de casos (67 nacidos con Síndrome de Down en el período 1986-1994 con una incidencia media de 15,51 casos por 10.000 nacimientos, frente a 57 recién nacidos entre 1995-2003 con una incidencia media de 12,24), este descenso no es estadísticamente significativo.

## **RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENFERMEDADES RELACIONADAS**

*Carlos Amézqueta Goñi\**

### **Antecedentes**

Con la creación de los Equipos de Atención Primaria a partir de 1984, se empieza a trabajar frente a los factores de riesgo cardiovascular en Navarra. Los primeros programas marco contemplaban un abordaje sistemático frente a la hipertensión, diabetes... En los años noventa y con la puesta en marcha de la Cartera de Servicios se establecen los protocolos de actuación frente a los diversos factores de riesgo cardiovascular reconocidos en la época y se ponen en marcha los registros de población diagnosticada. Así, en 1997 se elaboró el “Protocolo de Valoración del Riesgo Cardiovascular” para su aplicación en Atención Primaria.

En el año 2003 un Grupo de Trabajo integrado por profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea realizó la revisión de los estudios epidemiológicos, observacionales y experimentales más importantes de los últimos seis años. Las recomendaciones prácticas más relevantes se resumieron y presentaron en un documento orientado para los profesionales denominado: “Guía de Actuación en Riesgo Cardiovascular”. Esta Guía, actualiza y complementa, en base a la mejor evidencia científica, las recomendaciones editadas y difundidas en 1997 el Protocolo de Valoración del Riesgo Cardiovascular.

### **Objetivos y principales características de la Guía**

La Guía es, por tanto, un instrumento de trabajo consensuado, actualizado y práctico para la atención, en las consultas de los médicos y enfermeras de nuestra comunidad, de las personas en las que se identifica cualquier factor de riesgo vascular (Prevención primaria):

---

\* Sección de Evaluación y Calidad Asistencial del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea.

- Hipertensión arterial, hiperlipemia, hábito tabáquico, obesidad y síndrome metabólico.

En la misma Guía se presentan objetivos y recomendaciones para el control y seguimiento de aquellos pacientes que ya han sido diagnosticados (Prevención secundaria) de:

- Diabetes o de una enfermedad vascular. Cardiopatía isquémica (Infarto, angina), Accidente cerebrovascular (ACV-ICTUS) y arteriopatía periférica.

La Guía incluye una herramienta informática que facilita, en el tiempo real de consulta de médicos y enfermeras, el seguimiento de los pacientes y la toma de decisiones terapéuticas adecuadas. Esta herramienta, junto a la visión integrada y práctica de la prevención de la enfermedad vascular, creemos que es el hecho diferencial respecto a documentos similares que se han realizado en otros ámbitos nacionales e internacionales. En la práctica, con independencia del factor de riesgo o problema por el que se consulte, la herramienta de trabajo lleva al profesional a evaluar de forma completa los riesgos en cada paciente.

Aspectos como: la necesidad de priorizar la actuación preventiva y definir objetivos de control en función del riesgo individual; la importancia de intervenir en la mejora de estilos de vida; la ausencia de efectos preventivos vasculares del tratamiento hormonal sustitutivo o las indicaciones correctas de antiagregantes y otros fármacos en prevención vascular, etc. se presentan de forma clara y concisa.

La difusión e implementación de dicha Guía de actuación es, lógicamente, esencial para que tenga el impacto en el objetivo último que pretende, que no es otro que el definido por el propio Plan de Salud 2001-2005 de Navarra: disminuir la incidencia de la enfermedad vascular, tanto a nivel coronario como cerebral, periférico o en cualquier otra localización en nuestra comunidad.

### **Principales actuaciones desarrolladas hasta 2003**

Durante los años 2003 y 2004 se han realizado las siguientes acciones en orden cronológico:

1. Edición en formato papel de la Guía.
2. Edición de un resumen de recomendaciones en formato de “folleto de bolsillo”.
3. Publicación en Intranet del SNS-O.
4. Diseño y habilitación de herramienta informática específica en la Historia Clínica Informática de Atención Primaria: Plan personal de Riesgo Cardiovascular en OMI.

5. Realización de sesiones de presentación en los centros de salud. Sesiones de 90 minutos impartidas de forma conjunta por un médico de familia, un cardiólogo y una enfermera.
6. Presentación en el Hospital de Navarra.

Las acciones realizadas o en desarrollo, coinciden de forma plena con los objetivos, estándares y acciones presentados el pasado año por el Ministerio de Salud en el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica del Ministerio de Salud. Es decir, la mayor parte de las acciones recomendadas cuya responsabilidad recae en Atención Primaria de Salud, ya se cumplen en la actualidad y creemos que en este sentido Navarra es un referente en el contexto del Estado.

### **Cobertura de las actuaciones y población registrada**

#### ***Actividades***

Hasta el mes de junio 2004 se han realizado 42 sesiones de presentación de la Guía en otros tantos centros de salud.

El programa informático está implantado en 28 centros de salud. Esto representa que puede ser utilizado actualmente por el 75% de los profesionales que atienden aproximadamente el 80% de la población. Su manejo puede posibilitar, a medio plazo, la disposición de una información valiosa para evaluar la situación del control y del seguimiento de los pacientes de riesgo cardiovascular en nuestra comunidad.

#### ***Población registrada***

De los datos obtenidos en la evaluación de la Cartera de Servicios de los centros de salud del año 2003 podemos resaltar en relación con las poblaciones y patologías contempladas en la prevención de riesgo vascular registradas hasta entonces, las siguientes:

1. Hipertensos registrados: 67.123; 14,25% de la población mayor de 15 años.
2. Diabéticos registrados: 21.848; 4,64% de la población mayor de 15 años.
3. Dislipemias registradas: 44.787; 9,51% de la población mayor de 15 años.
4. Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares registradas: 15.052; 3,19%.

Todos ellos son pacientes en los que es aplicable la Guía de actuación referida.

Así mismo la evaluación ha objetivado 13.751 fumadores en los que se ha registrado una intervención en el Centro de Salud (Consejo sistemático, Apoyo individual o grupal), lo que representa el 2,92% de la población mayor de 15 años.

### COBERTURA DE OTRAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA \*

De forma complementaria a lo señalado en el Programa de actuación ante riesgo cardiovascular y enfermedades relacionadas, diferentes problemas de salud se benefician de actuaciones sistematizadas y registradas realizadas desde la atención primaria.

Así, desde hace 5 años, los centros de atención primaria han ido desarrollando acuerdos con la Dirección de Atención Primaria dentro de los Pactos de Gestión con el fin, entre otros, de desarrollar una cartera de servicios que satisficando las principales necesidades de las poblaciones atendidas cumpliera con un conjunto de requisitos respecto al registro de las personas atendidas. Así, los sistemas de información disponibles en los centros de salud nos indican, entre otros, que en el año 2003 y entre la población mayor de 15 años, un 4,6% está diagnosticada y en seguimiento por diabetes, un 4,05% por EPOC, un 8,6% reciben consulta domiciliaria por incapacidad y que más de 1.000 personas recibieron atención programada en las etapas finales de su vida, etc. Estas coberturas se ponen en relación con unos estándares planteados como deseables y se presentan en la Tabla 118.

**Tabla 118.** Población atendida en determinadas prestaciones de Atención Primaria por áreas de salud.

	PAMP.	TUDE.	ESTE.	TOTAL	COBERTURA	
					ALCANZADA	DESEABLE
Atención al paciente con tratamiento anticoagulante oral	4.639	1.232	731	6.602	1,40	1 % ≥ 15 años
Consulta domiciliaria a pacientes incapacitados y a su entorno familiar	6.304	970	1.061	8.335	8,61	11 % > 65 años
Atención al paciente en final de vida y a su entorno familiar	788	165	120	1.073	0,20	0,2 pobl. total
Consulta a personas que presentan riesgo cardiovascular	47.775	11.401	7.947	67.123	14,25	18% > 15 años
Consulta a personas con diabetes	15.658	3.773	2.417	21.848	4,64	6% > 15 años
Consulta a personas con EPOC	6.535	1.408	1.027	8.970	4,03	9% > 45 años
Atención a pacientes con asma	5.841	732	695	7.268	2,93	9% < 45 años
Actividades de prevención, promoción y consejo a adultos 15-74 años	29.224	2.305	1.332	32.861	7,75	100% de 15 y 74 años
Atención al anciano	2.952	3.048	568	6.568	13,99	100% >75 años
Vacunación antigripal en el adulto	46.440	11.184	10.571	68.195	70,43	100% > 64 años

Fuente: Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de Atención Primaria. SNS-O.

\* Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acceso al Boletín Oficial de Navarra: <http://www.navarra.es>
- Memoria del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea 2003: [http://intranet/salud/snso/mem\\_2003/portada2003.htm](http://intranet/salud/snso/mem_2003/portada2003.htm)
- Barómetro Sanitario de 2002-3 del Ministerio de Sanidad y Consumo [http://www.msc.es/Diseno/sns/sns\\_sistemas\\_informacion.htm](http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm)
- La opinión pública y el Sistema de Salud. An Sist Sanit Navar. Monografía Nº 3, 1999. [http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/textos/monografias/opinion\\_publica.pdf](http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/textos/monografias/opinion_publica.pdf)
- Desarrollo de la atención especializada en Navarra, en Evaluación del Plan de Salud 1991-2000. An Sist San Navar. Monografía nº 4, 2002. <http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/monografias.htm>
- Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, INE: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp414&O=inebase&N=&L=>
- Memorias anuales de Hospitales y otros: <http://www.cfnavarra.es/SALUD/PUBLICACIONES/>
- Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Tablas por Comunidades Autónomas 2000 [http://www.msc.es/Diseno/sns/sns\\_sistemas\\_informacion.htm](http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm)
- AHRQ; Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/>
- Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
- Rodrigo I, Galibondo L. Evaluación de los pactos de gestión clínica. Ponderación de Objetivos. Rev Calidad Asistencial 2004; 19: 215-21.
- Encuesta sobre satisfacción de los pacientes en relación con las atenciones no Sanitarias en: Hospital de Navarra, Virgen del Camino y Clínica Ubarmin. Moreno Teresa y otros. Departamento de Salud 1999. Mimeografiado.
- Trastornos mentales. Plan de Salud de Navarra 2001-2005, An del Sist Sanit Navar Vol. 24, Suplemento 3, 2001. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple3/suple3.html>
- Propuesta de atención a personas con Trastorno mental grave. Borrador. Departamento de Bienestar Social. Gobierno de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/BienestarSocial/Informe%20Trastorno%20Mental%20Grave.pdf>
- Estadística del Gasto Sanitario Público 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo. [http://www.msc.es/Diseno/sns/sns\\_sistemas\\_informacion.htm](http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm)



- Gallo M, Viñes J.J. Programa de accidentalidad. Plan de Salud de Navarra 2001-2005. An Sist Sanit Navar 2001; 24 (3 Supp.): 127-156.
- Instituto Navarro de Salud Laboral. Ley de prevención de riesgos laborales, Reglamento de los servicios de prevención y normas reglamentarias de desarrollo. Pamplona. Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Salud Laboral. 2004.
- Instituto Navarro de Salud Laboral. Presentación, Normativa y Documentación.. <http://www.cfnavarra.es/insl>. Pamplona. 2004.
- Plan Foral de Atención Socio/Sanitaria. [http://www.cfnavarra.es/SALUD/PUBLICACIONES/Plan%20Foral\\_def.pdf](http://www.cfnavarra.es/SALUD/PUBLICACIONES/Plan%20Foral_def.pdf)
- Plan de Discapacidades 2003-2009 Dpto. de Bienestar social, Deporte y Juventud. Gobierno de Navarra.
- Rafael Manzanera, M<sup>a</sup> Luisa de la Puente. Producción hospitalaria y ganancias en salud. Capítulo 21. Informe SESPAS 2002. <http://www.ses-pas.es/informe2002/cap21.pdf>
- Moreno Iribas, C. et al Progresos en el control de la infección por el VIH y el sida en Navarra, 1985-2003. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 27, nº 2; 2004.  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol27/n2/salud1a.html>
- Serrano M et al. Riesgo cardiovascular. Evidencias que orientan la actuación clínica. An Sist sanit Navar. Monografía Nº 2, 2003.  
[http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/textos/Monograf\\_2/Riesgo\\_cardiovascular.pdf](http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/textos/Monograf_2/Riesgo_cardiovascular.pdf)
- Coordinación de Trasplantes. Servicio de Asistencia Sanitaria. Dpto. de Salud  
<http://www.cfnavarra.es/SALUD/ASISTENCIA.SANITARIA/>
- Organización Nacional de Trasplantes. ONT-MSC  
[http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional\\_trasplantes.htm](http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_trasplantes.htm)



## ANEXO

**Tabla 1.** Principales normas que afectan la ordenación del Sistema Sanitario de Navarra, publicadas desde 1997. Por ámbitos y orden cronológico.

### Departamento de Salud

- Decreto Foral 214/1997, por el que se regulan las autorizaciones para la creación, modificación, traslado y funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BON nº 118).
- DF 368/1998, por el que se crea la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad Foral de Navarra (BON nº 11).
- DF 135/1998, por el que se adapta la normativa de prevención de riesgos laborales al ámbito de la administración de la Comunidad Foral y sus organismos autónomos (BON nº 58).
- Orden Foral 170/1998, del Consejero de Salud, por la que se establece el programa de detección precoz de hipoacusias en el periodo neonatal (BON nº 156).
- DF 89/1999, por el que se aprueba la estructura orgánica y se regulan los servicios técnicos del Instituto de Salud Pública.(BON nº 64).
- Ley Foral 12/2000, de atención farmacéutica (BON nº 143).
- Ley Foral 11/2002, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica (BON Nº 58). Corrección de errores en (BON Nº 69).
- Ley Foral 6/2003, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco (BON nº 23).
- Decreto Foral 11/2003, por el que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos en los centros y establecimientos sanitarios y se crea el registro de morbilidad asistida en la Comunidad foral de Navarra (BON nº 35).
- Decreto Foral 275/2003, por el que se establece la estructura orgánica del Departamento de Salud. BON nº 100. Corrección de errores (BON nº 125).

### Servicio Navarro de Salud Osasunbidea

- Ley Foral 11/1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. BON nº 43. Decreto foral 376/2000, de 18 de diciembre, por el que se dictan las normas de desarrollo de la Ley Foral 11/1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON nº 14).

- Decreto Foral 276/2003, de 28 de julio, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. BON nº 100. Corrección errores en (BON nº 130).

#### **Asistencia especializada**

- Ley Foral 12/1999 reguladora del programa de evaluación y actuación sobre las listas de espera quirúrgicas programadas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON nº 43).
- Orden Foral 138/1998, del Consejero de Salud, sobre garantía de la asistencia quirúrgica programada en un adecuado periodo de tiempo en base a la equidad y a la eficiencia social (BON nº 131).
- Decreto Foral 241/1998, de 3 de agosto, sobre atención y seguimiento personalizados en la asistencia sanitaria especializada y elección de médico especialista por los médicos de atención primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON nº 105).
- Decreto Foral 380/2000, de 26 de diciembre, por el que se regula la estructura y funcionamiento del Area Clínica Navarra del Corazón (BON nº 17).

#### **Centros de Atención a la mujer**

- Orden Foral 61/2003, de 15 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se reordena el programa de prevención de cáncer de mama (BON Nº 90).
- Decreto Foral 259/1997, de ordenación de las prestaciones sanitarias en Tocología y en Planificación Familiar (BON nº 121).
- El DF 119/1999, que regula la adscripción los Centro de Orientación Familiar y Educación Sexual dependientes del SNS-O en la ordenación establecida en el DF 259/1997 (BON nº 58).

#### **Red de Salud mental**

- DF 246/1998, en el que se regulaba la transformación del "Hospital Psiquiátrico San Francisco de Javier" en Centro Psicogeriátrico (BON nº 107).
- DF 247/1998, por el que se reestructuran los servicios de día y de rehabilitación psiquiátrica de salud mental (BON nº 107).
- Ley Foral 13/1999, de 6 de abril, sobre el régimen de funcionamiento del Centro Psicogeriátrico "San Francisco Javier" (BON nº 43).
- DF 276/2003 por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (actualiza las funciones de los órganos centrales), (BON nº 100).

#### **Atención Primaria**

- Decreto Foral 241/1998, de 3 de agosto, sobre atención y seguimiento personalizados en la asistencia sanitaria especializada y elección de médico especialista por los médicos de atención primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON nº 105).

- DF 69/2003, por el que se modifica el programa de atención dental a la población infantil y juvenil (BON nº 54).
- Orden Foral 77/2003, del Consejero de Salud, por la que se desarrolla el programa de atención dental infantil y juvenil (BON nº 109).

#### **Urgencias**

- El DF 351/1992, que regula la atención continuada del personal de atención primaria (BON nº 138).
- El nuevo DF 343/1997, completa la regulación de la asistencia sanitaria de urgencia extrahospitalaria, y establece las funciones a desarrollar por los Servicios Normales y el Especial de Urgencias existentes en Navarra (BON nº 150).
- RESOLUCION 406/2001, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se establece el calendario y régimen de distribución de la jornada del personal de los Equipos de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON nº 64).

#### **Atención Sociosanitaria**

- Acuerdo de 13 de diciembre de 1999, del Gobierno de Navarra, por el que se ordena la elaboración del Plan Foral de Atención Socio-sanitaria (BON nº 4).
- DF 284/2000, por el que se crea el puesto de Coordinador del Plan de Atención Socio-sanitaria de Navarra (BON nº 112).

**Tabla 2.** Actividad de primeras consultas por especialidad en el total de los centros públicos y espera media ponderada (EMP).

SERVICIO	Actividad realizada 2002		Actividad realizada 2003	
	P. Consultas	EMP/Año	P. Consultas	EMP/Año
A. Digestivo	11.203	20	11.652	22
Alergología	6.131	15	6.483	23
Anest. y Reanimac.	14.502	15	15.611	15
C. General	11.348	16	11.561	18
C. Infantil	1.309	26	1.475	26
C. Maxilofacial	1.907	37	1.819	36
C. Plástica	1.680	15	1.723	19
C. Vascular	3.956	46	3.519	33
CAM Ginecología			14.631	24
CAM Obstetricia			2.535	17
Cardiología	9.109	22	9.011	21
Dermatología	23.071	26	23.478	39
Dietética	991	62	833	50
E. Infecciosas	212	6	203	7
Endocrinología	4.036	25	4.188	28
Genética	1.557	19	1.575	21
Geriatría	88	13	82	14
Ginecología	3.999	29	3.282	66
Gine-Fertilidad	425		404	42
Hematología	2.510	15	2.620	19
Medicina Interna	4.685	13	4.750	16
Nefrología	743	11	838	14
Neumología	3.287	17	3.602	14
Neurocirugía	1.108	16	1.083	20
Neurología	8.303	24	8.361	27
O.R.L.	20.462	23	21.395	25
O.R.L. Infantil	1.091	27	2.028	26
Obstetricia	1.668	20	1.712	16
Oftalmología	38.766	34	39.918	40
Oncología	1.449	9	1.658	8
Pediatría	6.344	21	5.208	21
Pulmón y Corazón	1.535	11	1.447	15
Rehabilitación	14.679	26	16.359	29
Reumatología	2.944	22	3.263	37
Traumatología	39.267	23	37.068	27
Trauma Infantil	2.803	12	3.054	12
Unidad del Dolor	617	19	556	29
Urología /Andrología	11.539	18	12.100	24
<b>TOTAL sin CAM</b>	<b>259.324</b>	<b>24</b>	<b>263.919</b>	
<b>TOTAL con CAM</b>			<b>281.085</b>	<b>28</b>

\* Se informatiza los CAM (Centros de Atención a la Mujer) a partir del 2003.

**Tabla 3.** Evolución de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Procedimientos realizados en los centros del SNS-O.

	2000	2001	2002	2003	TOTAL
Facoemulsificación y aspiración de catarata	1.246	1.078	1.011	1.055	4.390
Miringotomía con inserción de tubo	265	104	169	322	860
Otra excisión o destrucción de lesión de útero	23	209	186	212	630
Miringoplastia	257	85	116	120	578
Adenoidectomía sin amigdalectomía	64	231	171	110	576
Otra excisión local de tejido de piel y tejido subcutáneo	115	85	101	120	421
Otra excisión o destrucción de lesión o tejido de laringe	97	99	91	107	394
Excisión de cartílago semilunar de rodilla	162	82	56	38	338
Circuncisión	66	88	86	71	311
Excisión de varicocele e hidrocele de cordón espermático	57	72	60	74	263
Reparación de hernia inguinal indirecta	53	51	70	60	234
Extracción de dispositivo de fijación int. de tibia y peroné	70	52	65	44	231
Resección submucosa del tabique nasal	112	27	24	42	205
Inserción de prótesis de cristalino en una sola etapa	53	17	17	98	185
Excisión de quiste o seno pilonidal	11	17	46	106	180
Otra estapedectomía	68	31	37	41	177
Liberación de túnel carpiano	90	36	26	19	171
Otras operaciones sobre la cadena osicular	66	26	37	37	166
Orquidopexia	25	51	49	30	155
Otra extracción extracapsular de cristalino	36	55	33	29	153
Otra oclusión endosc. bilateral de las trompas de Falopio	8	43	53	48	152
Artroscopia de rodilla	73	20	21	24	138
Excisión local de lesión de mama	45	15	22	45	127
Reparación de hernia inguinal indirecta con injerto o prótesis	1	10	62	49	122
Sondaje de conducto nasolagrimal	23	26	40	33	122
Esfinterotomía anal lateral izquierda	6	21	34	52	113
Otra vitrectomía mecánica			28	80	108
Onicoplastia	15	28	25	33	101
Subtotal de procedimientos más frecuentes	3.107	2.659	2.736	3.099	11.601
Resto de procedimientos	869	734	784	916	3.303
<b>TOTAL</b>	<b>3.976</b>	<b>3.393</b>	<b>3.520</b>	<b>4.015</b>	<b>14.904</b>

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**Tabla 4.** Porcentaje de personas que no acuden a la cita en consulta de asistencia especializada (2002-2003).

Servicios	Consultas de 2002		Consultas de 2003	
	Primeras	Sucesivas	Primeras	Sucesivas
Alergología	7%	10%	8%	11%
Anestesia y reanimación	4%	1%	4%	2%
Aparato digestivo	8%	8%	8%	8%
C.vascular y torácica	6%	6%	5%	5%
Cardiología	6%	6%	5%	6%
Cirugía cardíaca	6%	10%	0%	9%
Cirugía general	6%	6%	6%	6%
Cirugía maxilofacial	9%	7%	9%	7%
Cirugía pediátrica	6%	6%	5%	6%
Cirugía plástica	7%	7%	5%	7%
Dermatología	8%	12%	10%	12%
Dietética	13%	16%	12%	15%
Endocrinología	6%	8%	6%	9%
Enfermedades infecciosas	11%	19%	14%	20%
Genética	5%	4%	19%	15%
Geriatría	12%	15%	7%	15%
Ginecología	8%	7%	8%	7%
Hematología	8%	6%	8%	10%
Medicina interna	6%	9%	7%	9%
Nefrología	6%	7%	5%	8%
Neumología	8%	9%	8%	10%
Neurocirugía	5%	6%	6%	6%
Neurología	7%	7%	7%	8%
Obstetricia	4%	4%	4%	4%
Oftalmología	7%	8%	8%	7%
Oncología	11%	32%	8%	34%
Otorrinolaringología	7%	9%	8%	10%
Pediatría	6%	7%	6%	8%
Psicología	2%	1%	3%	2%
Psiquiatría	2%	4%	12%	7%
Pulmón y corazón	5%	5%	5%	6%
Rehabilitación	8%	7%	8%	7%
Reumatología	6%	6%	7%	7%
S. Atención a la mujer	14%	14%	10%	9%
Traumatología y C.O.	7%	6%	8%	7%
Unidad del dolor	5%	13%	4%	14%
Urología	7%	6%	7%	7%
<b>Total</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>9%</b>



**Tabla 5.** Personas en lista de espera y espera media ponderada (EMP) en pruebas complementarias a 31-XII según prueba. Años 2001, 2002 y 2003.

<b>L.E. EXPLORACION</b>	<b>Dic-01</b>	<b>Dic-02</b>	<b>Dic-03</b>	<b>EMP 2001</b>	<b>EMP 2002</b>	<b>EMP 2003</b>
Ecocardiografía	631	709	490	57	83	52
Ecografías Obst. y Ginec.	63	127	138	29	28	30
Ecografías Radiología	1.582	1.886	1.336	26	62	31
Endoscopias Colon-Sigma	230	417	285	31	39	56
Endoscopias gástricas	213	114	203	54	29	48
Hemodinámica	40	34	55	50	60	110
Mamografías	1.211	915	1.286	51	68	115
Neurofisiología clínica	821	980	1.861	33	58	89
Pruebas de Esfuerzo	43	67	27	11	48	20
R.M.N. (Varios)	762	624	602	10	117	39
R.M.N. Neurológico	781	868	767	122	64	102
R.M.N. (Rodilla)	201	165	619	0	44	35
R.M.N. (edad pediátrica)	0	70	62	0	45	47
Rehabilitación	344	247	625	104	64	66
T.A.C Adultos	622	624	872	39	116	63
T.A.C. Cuerpo	587	648	369	36	53	46
T.A.C. Neurológico	634	344	280	24	20	12
T.A.C.(edad pediátrica)	30	14	40	18	17	41
Urografías	98	71	51	16	25	15
<b>TOTAL</b>	<b>8.893</b>	<b>8.924</b>	<b>9.968</b>	<b>44</b>	<b>66</b>	<b>66</b>

Fuente: Datos obtenidos del SISNA.

**Tabla 6.** Factores y atributos de la calidad.

<b>FACTORES</b>	<b>ATRIBUTOS</b>
<b>A – GENERALES</b>	
Prevención	Programa de prevención primaria Programa de prevención secundaria
Accesibilidad	Lista de espera Agilidad
Orientación al paciente	Libre elección Personalización Información específica Satisfacción
Casuística	Casuística/ Prestaciones de alta tecnología
<b>B – PROCESOS</b>	
Normalización	Normalización del circuito asistencial Normalización de la indicación/derivación Normalización de la confirmación diagnóstica Normalización de la indicación terapéutica Normalización de la aplicación diagnóstica y terapéutica Normalización de los planes de cuidados Normalización de la continuidad de cuidados
Indicadores de proceso	Indicadores trazadores de atención
<b>C – DE LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN</b>	
Atención positiva	Efectividad Utilidad
Resultados de seguridad	Mortalidad Infecciones nosocomiales Indicadores relacionados con los cuidados: úlceras por presión, caídas, errores en la medicación, etc. Complicaciones específicas
Eficiencia clínica	Reproceso, estancia media, utilización adecuada, reintervenciones

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**Tabla 7.** Metodología utilizada en las encuestas de satisfacción del SNS-O.

Los objetivos planteados con el desarrollo de las encuestas son:

- Descubrir cómo perciben los pacientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) la atención recibida en cada Unidad Clínica Asistencial Especializada.
- Detectar los puntos fuertes y áreas de mejora de cada Unidad Clínica que permita a la organización impulsar acciones de mejora específicas.
- Sensibilizar a los profesionales sobre la validez y legitimidad de las opiniones de los pacientes en la detección de áreas de mejora y en la valoración de la calidad de las unidades clínicas.

El procedimiento de realización de la encuesta fue a través de una entrevista telefónica, previo envío de carta personalizada. Se presenta la ficha técnica.

Se han utilizado 3 tipos de cuestionarios, uno específico para cada modalidad (ingresos, consultas y urgencias) que se diferencian en algunas preguntas dependiendo de la especificidad de cada modalidad. La mayoría de las preguntas se responden en una escala tipo Likert que va desde 0 hasta 10.

Los cuestionarios utilizados son de tipo mixto en los aspectos que se mencionan a continuación.

- Exploran, por un lado, “percepciones objetivas” (por ejemplo “Cuándo estuvo en urgencias ¿Conoció el nombre del médico que le atendió?” o “¿Cuántos minutos transcurrieron desde que llegó a urgencias hasta que fue atendido por el médico?”). De esta información se derivan actuaciones concretas. Por otro lado, se recogen “percepciones subjetivas” (valoración del tiempo de espera de 0 muy corto a 10 muy largo) que sirven fundamentalmente para medir la aceptabilidad del servicio.
- Las preguntas hacen referencia tanto a aspectos de calidad percibida (amabilidad, empatía, etc.) como aspectos más técnicos (conocimiento y competencia de los profesionales, etc.).

#### FICHA TÉCNICA DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN REALIZADAS

AÑO	1998	1999	2000
Universo (ingresos + consultas atendidas)	111.499	123.887	145.732
Muestra	7.767 encuestas telefónicas efectivas	8.364 encuestas telefónicas efectivas	9.839 encuestas telefónicas efectivas
Margen de error	Inferior al 1,5% para el conjunto de ingresos y consultas		
Nivel de confianza	95%		
Tipo de muestreo	Estratificado por unidades con cuotas para cada modalidad Dentro de cada unidad clínica y modalidad: aleatorio simple		
Tasa de respuesta	Superior al 80%		

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**ASPECTOS COMUNES EN EL CUESTIONARIO DE INGRESOS,  
CONSULTAS Y URGENCIAS**

<b>FACTORES</b>	<b>PREGUNTAS SOBRE</b>
INFORMACIÓN	Régimen vida; Médico responsable; Pruebas a realizar
EMPATÍA	Intimidad; Ayuda para comprender su enfermedad; Respeto a las preferencias del paciente
ESPERA	Tiempo de espera; Percepción de la espera
AMABILIDAD	De médicos; de enfermeras
IMAGEN DE COMPETENCIA	De médicos; de enfermeras
SATISFACCIÓN GLOBAL	Con los médicos; con las enfermeras; Volvería a la misma Unidad Clínica; Utilidad de la atención sanitaria prestada

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LOS CUESTIONARIOS**

	<b>CONSULTAS</b>	<b>URGENCIAS</b>	<b>INGRESADOS</b>
INFORMACIÓN	Informe escrito Explicación de medicamentos	Informe escrito	Información en planta Consentimiento informado Días hasta informe de alta
DOLOR			Alivio del dolor
BIENESTAR FÍSICO	Tiempo con el médico Adecuación del horario de consulta	Tiempo hasta salir de urgencias	Ayuda para levantarse, etc.
OTROS	Puntualidad	Realización de pruebas complementarias Tiempo de pruebas Percepción espera en pruebas Expectativas	

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**Tabla 8.** Valoración de los pacientes ingresados. Conjunto de centros.

Elementos valorados	AÑO DE REFERENCIA		
	1998	1999	2000
<b>INFORMACIÓN</b>	7,9	7,8	8,1
Información en planta	6,9	6,9	6,8
Conocer al médico responsable (*)	8,1	8,2	8,4
Explicación de pruebas	8,5	8,5	8,5
Consentimiento por escrito (*)	8,6	7,5	7,9
Información régimen de vida	8,2	7,7	8,3
Días en recibir el informe (**)	7,6	8,2	8,5
<b>EMPATÍA</b>	8,5	8,5	8,5
Intimidad	8,7	8,7	8,7
Interés del médico por comprender su enfermedad	8,7	8,6	8,7
Interés por la preocupación del paciente en relación a su enfermedad	8,2	8,3	8,2
<b>DOLOR</b>	9,0	8,9	9,1
Alivio del dolor	9,0	8,9	9,1
<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	8,9	8,8	8,8
Ayuda prestada en las actividades físicas (levantarse, pasear...)	8,9	8,8	8,8
<b>AMABILIDAD</b>	9,1	8,6	9,1
Amabilidad médicos	9,0	8,6	9,1
Amabilidad enfermeras	9,1	8,79	9,1
<b>COMPETENCIA PROFESIONAL</b>	—	8,6	9,0
Competencia profesional de los médicos	—	8,6	9,0
Competencia profesional personal de enfermería	—	8,6	9,0
<b>LISTA DE ESPERA</b>	—	7,0	5,7
Valoración del tiempo en lista de espera	—	7,0	5,7
<b>GLOBAL</b>	9,0	8,7	9,02
Fidelidad al servicio de asistencia recibido	8,8	8,7	9,08
Utilidad del ingreso	9,0	8,8	8,83
Satisfacción del personal médico	9,2	8,7	9,09
Satisfacción del personal enfermería	9,1	8,7	9,09

\* = Sí=10; No=0.

\*\*en mano = 10; &lt;7 días = 7,5; 8-14 días = 5; 15-30 días = 2,5; &gt;30 días = 0.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**Tabla 9.** Valoración de los pacientes atendidos en consulta. Conjunto de centros.

Elementos valorados	AÑO DE REFERENCIA		
	1998	1999	2000
INFORMACIÓN	6,9	7,3	7,5
Nombre del médico (*)	7,9	7,1	7,4
Informe escrito (*)	4,0	5,6	5,4
Información pruebas	8,1	8,5	8,6
Información régimen de vida	8,1	8,4	8,5
Información medicamentos	8,5	8,7	8,7
EMPATÍA	8,2	8,6	8,6
Intimidad	8,4	8,9	8,8
Interés del médico por comprender su enfermedad	8,3	8,6	8,5
Interés por la preocupación del paciente en relación a su enfermedad	8,0	8,4	8,4
AMABILIDAD	8,7	8,9	8,9
Amabilidad médico	8,7	8,9	8,9
DEDICACIÓN	8,0	7,8	8,5
Tiempo con el médico	8,0	7,8	8,5
ESPERA	8,4	8,9	8,5
Espera en consultas (**)	8,4	8,9	8,5
ADECUACIÓN	—	8,4	8,3
Adecuación del horario	—	8,4	8,3
COMPETENCIA PROFESIONAL	—	8,5	8,7
Competencia profesional de los médicos	—	8,6	8,6
Competencia profesional personal de enfermería	—	8,4	8,7
LISTA DE ESPERA	—	5,2	5,6
Valoración del tiempo en lista de espera	—	5,2	5,6
GLOBAL	8,2	8,6	8,7
Fidelidad médico	8,3	8,8	8,9
Utilidad consulta	8,0	8,4	8,5
Satisfacción con médico	8,5	8,6	8,79

\* = Sí=10; No=0.

\*\* &lt;15' = 10; 15'-30' = 7,5; 30'- 1 h = 5; 1-2h = 2,5; &gt;2h=0.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**Tabla 10.** Valoración de pacientes atendidos en urgencias. Conjunto de centros.

Elementos valorados	2000
INFORMACIÓN	6,4
Nombre del médico (*)	3,4
Informe escrito (*)	7,6
Información sobre los controles	8,4
Información medicamentos	8,6
Información pruebas complementarias	8,1
Orientación en la recepción de los resultados (*)	7,7
Información régimen de vida	3,8
EMPATÍA	8,2
Intimidad	8,5
Interés del médico por comprender su enfermedad	8,1
Interés por la preocupación del paciente en relación a su enfermedad	7,8
AMABILIDAD	8,5
Amabilidad médico	8,4
Amabilidad personal enfermería	8,5
DEDICACIÓN	8,0
Cantidad de tiempo que les dedicó el médico	8,0
ESPERA	5,9
Espera en urgencias (**)	7,3
Valoración del tiempo en urgencias	5,8
Justificación del tiempo de las pruebas	7,3
Tiempo de estancia en urgencias	4,1
COMPETENCIA PROFESIONAL	8,2
Competencia profesional de los médicos	8,0
Competencia profesional personal de enfermería	8,3
GLOBAL	7,8
Fidelidad médico	8,7
Utilidad urgencias	8,3
Satisfacción con médico	8,4
Expectativas de la asistencia	5,6

\*= Sí=10; No=0.

\*\*<15' = 10; 15'-30' = 7,5; 30'- 1 h = 5; 1-2h = 2,5; >2h=0.

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**Tabla 11.** Metodología de las encuestas de percepción sobre listas de espera

Se utilizaron 2 tipos de cuestionarios, uno para consultas y otro para intervenciones quirúrgicas. Los cuestionarios constaban de 20 preguntas, la mayoría de ellas para responder según una escala de Likert con puntuaciones que oscilan desde 0 a 10 puntos. Los cuestionarios fueron diseñados por el propio equipo investigador a través de entrevistas con personal de los servicios de atención al paciente y entrevistas con personas que habían estado en lista de espera. Previamente a la realización de la encuesta se llevaron a cabo dos estudios piloto para valorar la comprensión de las preguntas.

Las encuestas se realizaron a través de una entrevista telefónica por encuestadores profesionales.

La muestra teórica para estudiar las distintas especialidades se estimó en 1.200 pacientes (100 por especialidad). Se seleccionaron 12 especialidades por ser las que mayor número de personas en lista de espera y mayor volumen de consultas tenían a 31 de julio de 1999. Los pacientes fueron seleccionados al azar entre los atendidos en el conjunto de los hospitales públicos del SNS-O.

Se realizaron un total de 12 grupos. Cada grupo se corresponde con un conjunto homogéneo de pacientes. Se eligieron los procedimientos de by-pass y válvulas cardíacas y los procedimientos tumorales, no tanto porque tengan una elevada espera, sino por la repercusión que la espera podría tener en este tipo de pacientes.

### CARACTERÍSTICAS DE LAS ENCUESTAS

Tamaño muestral	Año de referencia	Nº de pacientes por estrato	Unidad de análisis
1.177	1999	100	Primera consulta de un conjunto de especialidades
1.195	2000	100	Primera consulta de un conjunto de especialidades
513	2000	40 (variable)	Intervenciones quirúrgicas concretas

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

### ESPECIALIDADES INCLUIDAS

Tipo de especialidad	Especialidades
Especialidades Médicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatología</li> <li>• Neurología</li> <li>• Alergología</li> <li>• Cardiología</li> <li>• Rehabilitación</li> <li>• Aparato Digestivo</li> </ul>
Especialidades Quirúrgicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oftalmología</li> <li>• Cirugía General</li> <li>• Traumatología</li> <li>• Urología</li> <li>• Ginecología</li> <li>• Otorrinolaringología</li> </ul>

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.



**PROCEDIMIENTOS SELECCIONADOS**

<b>PROCEDIMIENTOS NO TUMORALES</b>	
By-pass	Procedimientos transuretrales
Procedimientos sobre válvulas	Procedimientos sobre cadera
Colecistectomía laparoscópica	Procedimientos sobre rodilla
Hernia	Procedimientos sobre cristalino
Procedimientos uterinos	Procedimientos de ORL
<b>PROCEDIMIENTOS TUMORALES</b>	
Procedimientos a pacientes con procesos tumorales benignos	
Procedimientos a pacientes con procesos neoplásicos malignos	

Fuente: Servicio de Análisis y Control Asistencial. SNS-O.

**Tabla 12.** Actividad de atención en los Servicios de Urgencias de Navarra.

	2000	2001	2002	2003	Incr. medio anual %
PAC	46.102	57.128	58.788	61.343	11,0
Snu y SEU	93.811	93.908	97.633	106.798	4,6
UVI móvil	6.378	6.893	7.548	7.871	7,8
Hospital	231.789	239.195	244.246	253.353	3,1
<b>Total atendidos Navarra</b>	<b>378.080</b>	<b>397.124</b>	<b>408.215</b>	<b>429.365</b>	<b>4,5</b>
Urgencias hospitalizadas	33.789	33.956	34.417	34.731	0,9
PAC	15.457	21.221	20.715	21.471	13,0
Snu y SEU	66.080	66.085	70.765	76.912	5,5
UVI móvil	4.867	5.410	5.874	6.171	8,9
Hospital	173.263	177.050	178.527	184.356	2,1
<b>Total atendidos Pamplona</b>	<b>259.667</b>	<b>269.766</b>	<b>275.881</b>	<b>288.910</b>	<b>3,8</b>
Urgencias hospitalizadas	25.920	26.007	25.897	26.145	0,3
PAC	12.603	15.617	16.071	16.769	11,0
Snu y SEU	12.813	13.232	12.243	14.347	4,0
UVI móvil	666	701	791	789	6,2
Hospital	21.354	21.279	21.668	22.515	1,8
<b>Total atendidos Estella</b>	<b>47.436</b>	<b>50.829</b>	<b>50.773</b>	<b>54.420</b>	<b>4,9</b>
Urgencias hospitalizadas	3.218	3.174	3.450	3.467	2,6
PAC	18.042	20.290	22.002	23.102	9,3
Snu y SEU	14.918	14.591	14.625	15.539	1,4
UVI móvil	845	782	883	911	2,6
Hospital	37.172	40.866	44.051	46.482	8,3
<b>Total atendidos Tudela</b>	<b>70.977</b>	<b>76.529</b>	<b>81.561</b>	<b>86.034</b>	<b>7,1</b>
Urgencias hospitalizadas	4.651	4.775	5.070	5.119	3,4

Memorias del SNS-O y de las Áreas de Salud.

## APOYOS TÉCNICOS Y SOCIALES

### EL CAPITAL SOCIAL EN NAVARRA

*Idoia de Gaminde Inda\**

Los problemas de salud no dependen sólo de los riesgos ya conocidos como el consumo de tabaco, la obesidad o la falta de ejercicio. Hay cada vez más información que sugiere que la salud de una población depende de la “cohesión social”. Ya hace más de cien años Durkheim mostró que las tasas de suicidio eran mayores entre poblaciones menos cohesionadas. En 1979, el estudio “Alameda County” (California) de Lisa Berkman and S. Leonard Syme tras seguir a una cohorte de 6.928 adultos durante 9 años mostró que las personas con menores contactos sociales tenían entre 2 y 3 veces más probabilidades de morir por cualquier causa que los que tenían un mayor número de relaciones sociales. Esta relación se mantuvo aún ajustando por edad y hábitos como consumo de tabaco, de alcohol, ejercicio y utilización de servicios (Kawachi, Kennedy and Loochner).

Este concepto de “cohesión social” ha sido definido por “capital social”, es decir el activo social, el cemento invisible que cohesiona la sociedad. Aquí nos encontramos con cuestiones como la confianza de los ciudadanos, el asociacionismo, el apoyo social, todos ellos clave en la promoción de la salud. El capital social se centra en “reforzar la cohesión social como una inversión en salud”. Las redes sociales, las normas, las relaciones humanas entendidas desde la confianza, los recursos sociales, la

---

\* Sección de Planificación y Evaluación del Dpto. de Salud.

participación de los ciudadanos, son todos cruciales para reforzar los lazos sociales.

La cuestión central relacionada con el capital social es su medición. ¿Cómo medir cohesión social? Habitualmente se centra en información relacionada con la pobreza, la delincuencia y la participación social. Para el INE se mide con indicadores tales como: “Condenados Audiencias Provinciales y Juzgados de lo Penal”; beneficiarios de pensiones contributivas y no contributivas; hogares sin ingresos; ayudas del fondo social europeo; extranjeros con permisos de trabajo; y participación en las convocatorias electorales. En general, la posición de Navarra en el contexto español es bastante buena. En la mayoría de estos indicadores Navarra se encuentra entre las CCAA con mejores ratios. Se podría afirmar que Navarra es una comunidad con un elevado nivel de cohesión social en el contexto español. Por ejemplo, la tasa de Condenados Audiencias Provinciales y Juzgados de lo Penal por 1.000 habitantes en 1997 es de las más bajas de España. La tasa de pensiones contributivas (1998) es similar a la española, al igual que el número de extranjeros con permiso de trabajo por mil habitantes. La tasa de hogares cuya fuente principal de ingresos es el subsidio o no tienen ingresos (1998) es de 2,2 %, frente al 3,4% de España. La tasa de participación en convocatorias electorales es similar a la media española.

## LA PROMOCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN SALUD

Las principales actuaciones promovidas y desarrolladas desde el Departamento de Salud en estos años han sido:

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

A tal efecto, se han realizado diferentes actividades entre las que destacan: el inventario de recursos y asociaciones relacionados con la salud en 1993 que dio lugar a la “Guía de organizaciones Comunitarias relacionadas con la salud”; y un “Manual para el funcionamiento de grupos de ayuda mutua” en colaboración con el Ayuntamiento de Barcelona.

Desde 1995 se realiza una convocatoria anual de concesión de subvenciones para la realización de acciones y programas que tengan como objetivo el desarrollo de asociaciones de autoayuda y la puesta en marcha de programas de salud, que complementen las actividades del Departamento de Salud y sus organismos autónomos.

Según la finalidad de la actividad a desarrollar por la entidad local, institución, fundación o asociación, los ámbitos de actuación que considera la convocatoria son los siguientes: desarrollo de programas de promo-

ción de la salud y/o relaciones de auto ayuda; desarrollo de programas de prevención comunitaria y planes municipales de drogodependencias; desarrollo comunitario y programas de trabajo en relación con la infección por VIH-Sida, y desarrollo de programas de prevención de otras conductas de riesgo.

Los **problemas prioritarios** considerados en las convocatorias del Departamento de Salud son los siguientes:

- Prevención y promoción de la salud frente a conductas de riesgo
- Promoción de hábitos saludables de vida
- Promoción de salud orientada a colectivos específicos
- Programas que fomenten la participación comunitaria
- Prevención e inserción en drogodependencias
- Promoción de la salud en relación con la infección por VIH-Sida.

Las ayudas del Departamento de Salud a programas de salud han crecido constantemente en este decenio 1994-2003, llegando a cuadruplicarse. En prevención de drogodependencias se subvencionan las actividades de los programas municipales. También se dan ayudas a las actividades que desarrollan asociaciones de afectados o de prevención de drogodependencias (Tabla 119). El conjunto de las subvenciones vienen a representar el 68% de los recursos financieros utilizados por las asociaciones beneficiarias.

**Tabla 119.** Ayudas para programas de salud en euros 1996-2004.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1. Prev. de drogodependencias		27.711	328.663	436.747	510.218	433.458	483.370	558.260
2. Prevención Sida		187.694		220.195	277.879	309.681	280.364	338.323
3. Prev. y Promoción de Salud		38.434	25.904	75.126	81.678	135.542	134.779	194.914
4. Minorías étnicas				58.351	64.708	76.013	86.645	87.469
6. Otros programas de salud		139.197	226.928	242.312	319.969	417.205	344.925	334.115
TOTAL	362.286	393.035	581.495	1.032.731	1.254.452	1.371.899	1.330.083	1.513.081

En **prevención de Sida** se subvencionan las actividades de ONGs como Sare, Comisión Antisida, e Inyasida, además del hogar de acogida a personas enfermas de sida, actividades en prisión y programas de promoción de la salud. En general, tienden a cubrir asistencia y apoyo emocional, además de actividades informativas y campañas.

En **prevención y promoción de la salud** se realizan convenios para el desarrollo de programas cuyo objetivo sea la promoción de hábitos saludables, siempre y cuando no se dediquen a drogas y/o sida, que tienen

financiación específica. Se financian todo tipo de asociaciones como amas de casa, grupos de mujeres, grupos juveniles, incluso actividades desarrolladas desde los ayuntamientos. Entre las actividades se encuentra la promoción de hábitos saludables como alimentación y prevención de la accidentabilidad.

En **Minorías Étnicas** se financian las actividades desarrolladas por las Asociaciones de gitanos de Pamplona, Tudela, así como la de la Federación de Asociaciones Gitanas que cubre las actividades del resto del territorio.

Por último, en **otros programas** de salud se financian las actividades de las asociaciones de enfermos, de mujeres, jubilados y pensionistas (atención podológica, supone un 13% de esta partida en 2002). Reciben ayuda también asociaciones como el Club Coronario que desarrolla actividades centradas en la rehabilitación cardíaca; el Voluntariado Geriátrico que desempeña tareas de acompañamiento de ancianos; y la Cruz Roja para financiar la atención sanitaria de la "javierada". El listado de asociaciones de enfermos, afectados y familiares que han recibido ayudas en este decenio( 43 asociaciones), se presenta en el anexo (Tabla 1).

A continuación de presentan dos programas impulsados por el Departamento de Salud, el primero el de Promoción de salud en minorías étnicas y el otro, el Programa de Donación y Trasplante, ambos con más de 15 años de desarrollo.

## PROMOCIÓN DE SALUD EN MINORÍAS ÉTNICAS

*Angeloi Goya Aribe\**

### POBLACIÓN DIANA Y OBJETIVOS

El Programa se dirige a grupos poblacionales gitanos asentados en Navarra y ciganos-transmontanos procedentes del norte de Portugal. Se estima que la población de estos grupos étnicos en Navarra puede estar integrada por unas 6.000 personas.

---

\* Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de Navarra.

Desde su inicio hace 15 años, las actuaciones han ido extendiéndose progresivamente buscando las localidades y barrios con mayor población objetivo del programa. En 2003, las zonas básicas sobre las que se ha intervenido han sido las siguientes: Pamplona (Rochapea, Chantrea, Casco Viejo, San Jorge, Ermitagaña), Burlada, Villava, Huarte, Barañáin, Noáin, Estella, Tafalla, Peralta, San Adrián, Lodosa, Tudela Este y Oeste, y Carcastillo como nueva incorporación.

Los objetivos del Programa se enmarcan en los objetivos recomendados por la OMS en su estrategia de reducción de desigualdades en salud (aquellas que son innecesarias e injustas). Todo ello desde un enfoque de Promoción y Educación para la Salud orientado a la promoción de estilos de vida saludables y a la adecuada utilización de prestaciones y servicios del sistema de salud.

## **PRINCIPALES ACTUACIONES**

En el año 2003 han participado en el Programa como mediadores en salud 18 personas de etnia gitana, con diversidad de contratos (40, 20, 10 horas semanales). La financiación del Programa se resuelve desde el Departamento de Salud (convocatoria de Ayuda a Programas). En 2003 la cantidad destinada al mismo ha sido de 113.093,85 euros. La práctica totalidad del presupuesto se ha destinado a los contratos de los mediadores de salud.

Además del grupo de mediadores en salud o agentes comunitarios, han participado en el Programa profesionales pertenecientes a los Equipos de Atención Primaria, Centros de Orientación Familiar, Salud Mental, Servicios Sociales de Base, Centros Escolares, etc., existentes en la zona en que el mismo está implantado.

El seguimiento del Programa en cada zona es coordinado por los Trabajadores y Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud y Servicios Sociales de Base respectivos. Desde 2001, la coordinación del Programa en las zonas básicas ha sido encomendada a una técnico de la Federación de Asociaciones Gitanas de Navarra. Desde el Instituto de Salud Pública se ha realizado la coordinación general del programa así como la actualización de los indicadores de evaluación y sistema de información del mismo.

La formación de los mediadores se ha organizado desde el Instituto de Salud Pública, conjuntamente con la Federación de Asociaciones Gitanas de Navarra. Los mediadores han recibido formación en salud de manera continua (durante 9 meses, todos los viernes, dos horas). En 2003 el número de horas destinadas a este fin ha sido de 67.

En 2003 se celebraron los quince años de puesta en marcha del Programa de Promoción de Salud de Minorías Étnicas. Por tal motivo se celebró un encuentro institucional y lúdico en el Teatro Gayarre de Pamplona.

Asistieron aproximadamente 800 personas. En dicho acto el Consejero de Salud hizo entrega de los diplomas correspondientes a 36 Agentes de Salud que trabajaban o habían trabajado como mediadores en el Programa.

## PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTES\*

### ACTIVIDAD EN RELACIÓN CON LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE

En la actualidad las extracciones que se realizan de los donantes abarcan una importante variedad de posibles usos para trasplante. Estos usos se concretan en trasplantes de: riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, páncreas, corazón-válvulas, córneas y hueso/partes blandas.

En el período 1995- 2002 el número de donantes potenciales detectados ha permanecido estable, alrededor de 27 donantes por año. Las negativas familiares para el conjunto del período han representado el 11% de las donaciones potenciales. Estas negativas más las contraindicaciones médicas de los donantes han determinado que el número de donantes reales cada año haya sido de 20, con pequeñas variaciones anuales (Tabla 120).

**Tabla 120.** Donaciones y trasplantes de órganos y tejidos en Navarra 1995-2002.

DONACIONES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Donantes detectados	27	26	29	28	23	26	27	27	
Negativas familiares	3	0	5	5	3	4	2	2	
Contraind. médicas	7	3	7	3	4	2	4	5	
Donantes reales	17	23	17	20	16	20	21	20	16
TRASPLANTES									
Renal	33(32)	32(32)	31(31)	27(26)	31(31)	23 (22)	26(26)	29(29)	23
Cardíaco	14(8)	5(2)	9(7)	7(4)	8(4)	5 (1)	12(8)	11(5)	11
Hepático	17(10)	17(6)	16(15)	20(15)	15(11)	22 (19)	23(18)	19(14)	
Corazón-Pulmón	-	-	0						
Córneas	23	15	21	23	29	15	31	35	
Médula Ósea	112	97	106	112	118	70	33	55	
Hueso/partes blandas	184	171	226	203	202	220	131	169	

Fuente: Programa de Trasplante de Navarra y ONT. MSC.

( ) Pacientes navarros trasplantados.

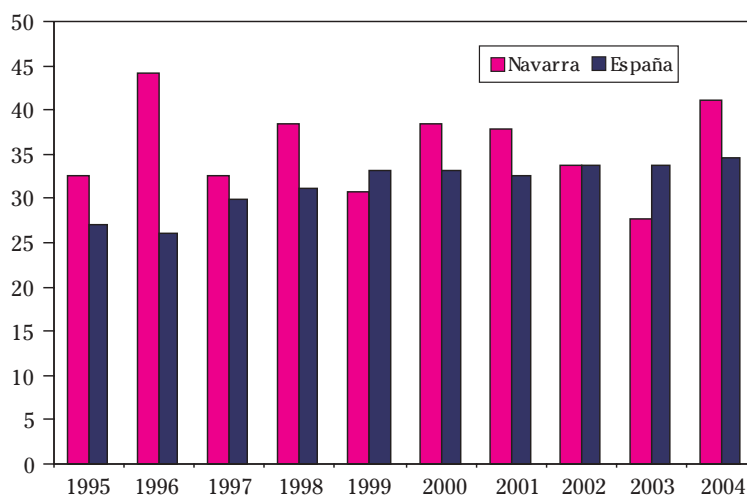
\* Programa de Trasplantes de la Comunidad Foral de Navarra. Memoria 2002 y ONT (MSC).



Del mismo modo la actividad trasplantadora ha permanecido estable a lo largo de estos años. El órgano más frecuentemente trasplantado en la población de Navarra es el de riñón, con unos 30 trasplantes al año, seguido del trasplante de hígado con unos 15.

### VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE DONACIÓN EN NAVARRA

Tradicionalmente Navarra se ha considerado una comunidad altruista respecto a la donación. Las cifras comparadas con las de otras CCAA o países europeos nos sitúa como una comunidad puntera en la donación de sangre con 54,7 donaciones por cada mil habitantes, cuando la media estatal se sitúa en 38 y satisfaciendo ampliamente las recomendaciones de la UE de alcanzar las 42-43 donaciones por mil habitantes, objetivo que equivale a ser autosuficiente respecto a las necesidades de sangre y sus derivados.

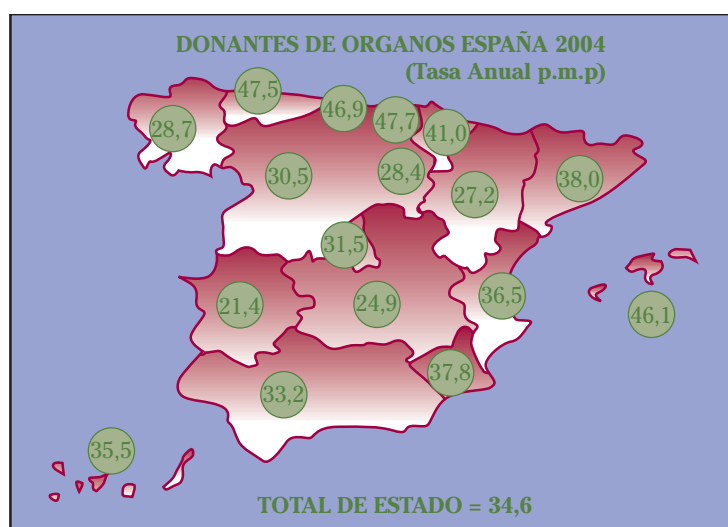


**Figura 97.** Donantes por millón de habitantes en Navarra y España.

Fuente: ONT (MSC) y Programas de Trasplante de Navarra.

Respecto a los donantes de órganos sólidos, Navarra ha presentado tasas superiores a la media española la mayoría de los años (Fig. 97). Hay que tener en cuenta que pequeñas variaciones en el número de donantes modifican sustancialmente el indicador de donantes por millón de habitantes. Así, el año 2003, con 16 donantes en Navarra la tasa fue de 27,7; por debajo de la media española de 33,8 donantes por millón de habitantes, en cambio en el 2004 con 24 donantes la tasa fue de 41 por millón (Fig. 98). Es cierto que la tasa de donantes española viene siendo la más elevada a nivel mundial, muy por encima de las tasas de la gran mayoría de países de Eu-

ropa occidental que presentan valores entre los 13 y 18 donantes por millón. Por ello, cabe afirmarse que la tasa observada en Navarra es buena. El año 2003, en Navarra el 94% de los donantes son donantes multiorgánicos, lo que posibilita beneficiar a un mayor número de personas necesitadas; en España ese porcentaje fue del 83%.



**Figura 98.** Tasa de donantes por millón de habitantes por comunidad autónoma en 2004.

Fuente: ONT (MSC).

Según datos de la Organización Nacional de Trasplante, en los últimos 12 años, la edad media de los donantes ha pasado de 34,5 a 50,5 años. Este incremento en la edad media de los donantes coincide con una importante variación entre las causas de fallecimiento entre los donantes, ya que en ese período la hemorragia cerebral ha pasado de representar un 39 a un 60% de las causas de defunción.

Por último, se ha relacionado la actividad desarrollada en trasplantes en el conjunto del Estado en el año 2003 así como la situación de las listas de espera para cada tipo de trasplante a fecha de 1 de mayo de 2004. A partir de ahí constatamos que la lista de espera para trasplante de riñón equivale a dos años de actividad trasplantadora, que para trasplante pulmonar y pancreático la espera equivale a un año y que para el trasplante de hígado y de corazón la espera equivale a medio año de actividad (Tabla 121). Evidentemente, las condiciones de espera no son las mismas para cada tipo de necesidad ya que en unos casos el trasplante puede ser la única alternativa mientras que en otros existen más alternativas. En el caso de Navarra y para el trasplante de riñón, la lista de espera a final de 2003 era de 43 per-

sonas, equivalente a 74,1 personas por millón, por debajo de la media estatal de 94,2 puntos. A lo largo de ese año 2003 el número de personas en diálisis, en sus diferentes modalidades, en Navarra fue de 202.

**Tabla 121.** Actividad y lista de espera en trasplantes.

	<b>Actividad 2003</b>	<b>Lista de espera</b>
Donantes de órganos	1443	
Trasplante renal	2131	4026
Trasplante hepático	1037	665
Trasplante cardíaco	290	136
Trasplante pulmonar	149	131
Trasplante pancreático	74	85
Trasplante intestinal	6	8

Fuente: ONT. MSC.

## DOCENCIA Y FORMACIÓN

*María Jesús Guembe Suescun \**

En el año 1988 se inician actividades docentes promovidas por el Departamento de Salud que se consolidan en 1991 al crearse una unidad administrativa, la Sección de Docencia e Investigación.

Más tarde en 1996 se crea el Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios en el ámbito de la Dirección General del Departamento de Salud, cuya estructura orgánica se ha regulado recientemente por el Decreto Foral 45/2005, de 24 de febrero, con una Sección específica para las atribuciones en materia de formación sanitaria, lo que ha supuesto un incremento significativo de los recursos destinados a este área y un impulso en la formación continuada sanitaria en esta comunidad.

---

\* Sección de Docencia del Departamento de Salud.

En 1998 se crea la Comisión para la Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Navarra adscrita al Departamento de Salud, formando parte del Sistema Nacional de Acreditación constituido en virtud del Convenio de Conferencia Sectorial suscrito por los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas y los Ministros de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura el 15 de diciembre de 1997. La Comisión de Navarra se compone de miembros de todos los sectores responsables de la formación de los profesionales sanitarios propios y externos al Departamento. Su puesta en marcha ha contribuido a la mejora de la calidad de la formación continuada, orientando la oferta de formación a las necesidades del desarrollo profesional y del propio Sistema Sanitario, y favorece una programación de actividades con un perfil pedagógico de calidad.

Por otra parte, en 2003 se aprueban la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), constituyendo ambas el marco normativo de la formación pregraduada, especializada y continuada de los profesionales sanitarios orientada a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Con la LOPS se define la formación continuada sanitaria definida, como un proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios.

Durante este período se han producido cambios relevantes en el área de docencia y formación, que han dado lugar a un crecimiento cuantitativo y cualitativo de la formación continuada sanitaria.

Las líneas docentes desarrolladas durante este período en el marco normativo expuesto, la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud y de los Planes de Salud 1991-2000 y 2001-2005 han sido las que se refieren a continuación.

## **PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA**

Se establece como objetivo general promover e impulsar la formación continuada sanitaria de los profesionales sanitarios de Navarra. Las estrategias desarrolladas para conseguir este objetivo han incluido: la planificación y gestión directa de actividades formativas por la Sección de Docencia a través del Plan Docente anual; 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.

### Plan Docente

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

El Plan va dirigido a los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario de Navarra, preferentemente a los que pertenecen a la red pública, se estructura en cinco programas:

- Formación en Salud Pública
- Formación en Investigación
- Formación en Práctica clínica
- Formación en Gestión sanitaria y calidad
- Formación en Docencia

En el período 1996-2003 se han desarrollado 479 cursos, 9.378 horas docentes, con la participación de mas de 10.000 profesionales sanitarios del Sistema sanitario de Navarra (Tabla 122). La totalidad de las actividades desde 1999, han obtenido el reconocimiento de créditos por la Comisión de Formación Continuada.

**Tabla 122.** Evolución de las actividades y de la participación en los planes docentes 1996-2003.

PARTICIPANTES	1996	%	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	%
AT. PRIMARIA Y S.M.	306	23	444	188	428	375	468	485	623	40,06
AT. ESPECIALIZADA	819	62	456	626	1.054	807	582	723	818	52,6
DIR. GRAL. Y SSCC	74	6	28	60	64	113	53	40	46	2,96
OTROS	117	9	23	68	26	22	9	36	68	4,37
TOTALES	1.316	100	951	942	1.572	1.317	1.112	1.284	1.555	100
Nº DE ACTIVIDADES	56		49	42	69	64	60	66	73	
Nº HORAS DOCENTES	1.244		1.260	935	1.309	1.157	968,5	1.078	1.427	
TITUL. SUPERIORES	490	37,2	340	343	645	734	592	645	863	55,5
TITUL. MEDIOS	596	45,3	525	366	670	458	440	524	616	39,61
OTROS PROFESIONALES	230	17,5	86	233	257	125	80	115	76	4,89

En el desarrollo de los planes docentes anuales colabora la Fundación Miguel Servet en sus aspectos de gestión económica.

### Colaboración con las Comisiones de Docencia de los Centros Sanitarios

Desde 1989 hasta 1998 se ha venido subvencionando 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 la Sección de Docencia colabora directamente con el programa de las Comisiones de Docencia del Sistema Sanitario Público. En el año 2002 se apoyaron económicamente con una asignación de 54.613 euros, 78 actividades organizadas por las Comisiones de Docencia del Hospital de Navarra, Hospital Virgen del camino, Hospital García Orcoyen, Hospital Reina Sofía, Clínica Ubarmin, centros de especialidades, Instituto de Salud Pública, Atención Primaria y Salud Mental. En la Tabla 123 se refleja la evolución de la asignación económica.

### **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 titulados de postgrado en el área de Urgencias, Gestión e Investigación, continuando en la actualidad como actividades propias de la Universidad en materia de formación continuada; en tanto que se han establecido vínculos de cooperación con diferentes entidades proveedoras que pertenecen al Sistema de formación continuada: convenios de colaboración con los Colegios 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 (Tabla 124); y así mismo se han establecido convenios de colaboración con la Fundación para el Desarrollo de Enfermería (FUDEN) en 2001 y con la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) en 2003.

**Tabla 123.** Evolución de la asignación a las comisiones de docencia de los centros sanitarios. Período 1994-2003.

<b>Año</b>	<b>Asignación (en euros)</b>
1994	16.528
1995	48.080
1996	42.071
1997	42.071
1998	42.071
1999	33.056
2000	40.268
2001	50.335
2002	54.613
2003	—

### **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 titulados de postgrado

en el área de Urgencias, Gestión e Investigación, continuando en la actualidad como actividades propias de la Universidad en materia de formación continuada; en tanto que se han establecido vínculos de cooperación con diferentes entidades proveedoras que pertenecen al sistema de formación continuada: convenios de colaboración con los Colegios 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 (Tabla 124); y así mismo se han establecido convenios de colaboración con la Fundación para el Desarrollo de Enfermería (FUDEEN) en 2001 y con la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) en 2003.

**Tabla 124.** Ayudas en el marco de los convenios de formación continuada. Años 1999-2003 (en euros).

<b>COLEGIO PROFESIONAL</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Colegio Oficial de ATS/DUE	19.473	23.656	19.761	20.533	17.500
Colegio Oficial de Farmacéuticos	4.832	3.955	7.260	9.744	3.945
Colegio Oficial de Médicos	13.342	18.319	14.316	15.204	12.600
Colegio Odontostomatólogos	6.220	1.250	1.370	1.512	3.500
Colegio Oficial de Veterinarios	4.387	8.054	12.844	9.732	3.450
FUDEEN			2.164	2.880	2.000

**Tabla 125.** Ayudas para la formación en inglés técnico.

<b>AÑO</b>	<b>Nº AYUDAS</b>	<b>IMPORTE</b>
1998	76	25.122
1999	81	26.775
2000	94	32.484
2001	35	12.095
2002	28	9.673

### **APOYO A LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL SANITARIO EN OTROS CENTROS**

El objetivo es promover y apoyar las iniciativas voluntarias autoiniciadas 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.

A tal efecto se convocan anualmente por Orden Foral de la Consejera de Salud e incluyen ayudas para estancias formativas, realización de cursos y asistencia a congresos y reuniones científicas con el fin de: potenciar la adquisición de conocimientos en nuevas tecnologías y la actualización en líneas de investigación coincidentes con las de proyectos de centros u organismos ubicados en la Comunidad Foral, mediante estancias en instituciones o entidades de reconocido prestigio; facilitar la formación continuada para la actualización de los conocimientos relacionados con el trabajo que desarrolla en su puesto de trabajo, a través de la realización de cursos; facilitar la asistencia activa a reuniones científicas en ciencias de la salud; y apoyar la formación en idiomas técnicos de aplicación al desempeño del puesto de trabajo.

Durante el período 1994-2003 se han concedido 1.755 ayudas para formación, que ascienden a 1.350.856 euros, siendo la modalidad más frecuente la ayuda para asistencia a congresos en los que el participante realiza aportaciones científicas en forma de ponencia o comunicación.

En las tablas 126 y 127 se presenta la evolución habida en el número y modalidad de ayudas así como en la financiación.

**Tabla 126.** Evolución global de las ayudas a profesionales para la formación. Período 1994-2003 (en euros).

AÑO	SOLICITUDES	CONCEDIDAS	IMPORTE TOTAL
1994	408	200	141.238
1995	252	172	111.187
1996	401	163	129.819
1997	333	178	113.591
1998	282	169	131.021
1999	253	154	139.602
2000	297	171	152.871
2001	289	173	143.386
2002	259	182	148.139
2003	260	193	140.002

**Tabla 127.** Distribución de número e importe de ayudas concedidas por modalidades (en euros) (1).

AÑO	Estancias >1 mes	Cursos >1 mes	Estancias Mod. C	Estancias <1 mes	Cursos <1 mes	Congresos
1999	8 (24.197)	12 (10.375)	2 (9.917)	7 (5.418)	44 (26.045)	81 (63.650)
2000	6 (24.221)	9 (8.026)	4 (12.020)	5 (4.163)	55 (33.127)	92 (70.112)
2001	10 (28.602)	11 (4.515)	1 (3.528)	6 (5.890)	65 (29.941)	80 (64.899)
2002	15 (38.391)	3 (1.184)	0	4 (5.037)	57 (32.332)	103 (71.195)
2003	13 (26.050)	11 (6.215)	3 (8.700)	5 (4.205)	59 (31.283)	102 (63.549)

(1) En cada celda se indica el número de ayudas concedidas de cada modalidad y entre paréntesis la cuantía total de las mismas.



## FOMENTO DE LA DIFUSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS

Con el fin de promover el intercambio de conocimientos científicos y la difusión de resultados de investigación así como de innovaciones tecnológicas en ciencias de la salud, se convocan anualmente las ayudas para la organización de Reuniones Científicas sobre temas de salud. Un total de 410 eventos científicos han recibido 789.555 euros de subvención por parte del Departamento de Salud en el período 1994-2003 (Tabla 128).

**Tabla 128.** Evolución global del número de ayudas a la organización de reuniones científicas. Periodo 1994-2003 (en euros).

AÑO	SOLICITUDES	CONCEDIDAS	IMPORTE
1994	37	16	57.096
1995	41	31	78.733
1996	45	38	78.132
1997	79	47	75.728
1998	42	40	69.717
1999	48	42	83.829
2000	56	50	89.972
2001	49	43	83.390
2002	56	39	98.010
2003	69	64	74.948

En el período 1997-2003 se ha consolidado la colaboración entre las Universidades y los centros sanitarios públicos para la formación pregrado y postgrado en ciencias de la salud a través de convenios suscritos entre el Departamento de Salud y la Universidad de Navarra en 1997 y con la Universidad Pública en 1999. Entre ellos destaca el establecido con la Universidad de Navarra para la formación de matronas establecido en el 2003.

## COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE NAVARRA

En febrero de 1999 se constituyó la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad Foral de Navarra, creada por Decreto Foral 386/1998, de 28 de diciembre para acreditar la calidad de las actividades formativas realizadas en Navarra. Entre los proveedores se encuentran todos los centros sanitarios de Navarra, los colegios profesionales, sociedades científicas, universidades y la Administración Sanitaria.

Durante 1999-2003 se han acreditado un total de 1.257 actividades. El 36% de las actividades acreditadas van dirigidas a profesionales de medicina y el 31% a profesionales de enfermería (Tablas 129 y 130).

**Tabla 129.** Actividad del Comité de Formación Continuada de Navarra. 1999-2003.

	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Nº solicitudes	132	202	305	356	347	1.342
Nº actividades acreditadas	128	187	288	342	312	1.257

**Tabla 130.** Distribución en porcentaje de la población objetivo en las actividades acreditadas en formación continuada (nº de actividades) 1999-2003.

	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Medicina	24	37	31	36	44	36
DUE	10	21	43	36	27	31
Farmacia	7	9	7	4	2	5
Odontólogos y Médicos						
Estomatólogos	-	-	-	-	1	0
Veterinaria	0	1	0	1	1	1
Multidisciplinar	58	30	18	20	20	25
Otras	1	2	1	3	4	3
TOTAL	100 (128)	100 (187)	100 (288)	100 (342)	100 (312)	100 (1257)

## INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

*Olga Díaz de Rada Pardo\**

La investigación sanitaria es un elemento necesario para el éxito de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud, una más rápida y mejor implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficiente de los pacientes, lo cual se ha impulsado a través de: convocatorias de proyectos de investi-

\* Sección de Investigación Biomédica del Departamento de Salud.

gación; ayudas a la formación de investigadores; dando cobertura al Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra; y difundiendo el conocimiento a través de publicaciones periódicas y de la Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud, campos de actuación que comentamos a continuación.

### PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

La ayuda a la investigación básica y aplicada se lleva a cabo financiando dos modalidades:

- Modalidad A para proyectos de investigación básica: “Beca Eduardo Ortiz de Landazuri”. Se concede habitualmente una beca y dos accésits. Se trata de investigación fundamental.
- Modalidad B para proyectos de Investigación clínica o aplicada en áreas de interés de acuerdo con el Plan de Salud y preferentemente en las áreas que aparecen como prioritarias desde el año 2003 en la correspondiente convocatoria, y que se recogen en la Tabla 131. El mejor valorado en temas de gestión sanitaria se distingue como “Beca Mikel Larumbe”.

**Tabla 131.** Áreas prioritarias en investigación clínica o aplicada.

<p>a. PROBLEMAS SANITARIOS de prevalencia relevante relacionados con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermedad neoplásica</li> <li>2. Las enfermedades cardiovasculares</li> <li>3. Las enfermedades neurodegenerativas</li> <li>4. Los trastornos mentales</li> <li>5. Los riesgos ambientales y el ámbito laboral</li> </ol> <p>b. DETERMINANTES DE SALUD-ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desigualdades en salud</li> <li>2. Hábitos de vida saludable. Educación para la salud</li> <li>3. Discapacidad y rehabilitación</li> <li>4. Cuidados alternativos y recursos informales en problemas sanitarios</li> <li>5. Participación comunitaria</li> </ol> <p>c. DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tecnología y Recursos sanitarios</li> <li>2. Evaluación y control de procesos asistenciales y sistemas de información</li> </ol>
---

Debemos apuntar un cambio continuo en la mejora de la calidad de las actividades de investigación, a través de herramientas eficaces. Una de

ellas, el sometimiento de la concesión de los proyectos de investigación a la evaluación por órganos técnicos externos tanto de fuera de Navarra en la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva (ANEP), como el interno compuesto por científicos de los diversos centros sanitarios y asistenciales de Navarra que dan cuenta de la viabilidad de los proyectos objeto de ayudas y de su oportunidad, que son constituidos en una Comisión Técnica, nombrada por el Director General que valora, además de su preparación metodológica, la adecuación a las áreas prioritarias, la constitución multidisciplinaria de los mismos, el carácter multicéntrico, el haber obtenido otra ayuda anterior a la que solicitan a través de otro organismo que exija someter el proyecto a evaluación por una agencia externa reconocida.

El importe destinado a los proyectos de investigación ha ido incrementándose en el período (Tabla 132). En la Tabla 133 se recoge la relación de proyectos de investigación concedidos por centros y años.

**Tabla 132.** Evolución del número de proyectos solicitados y concedidos e importe de la concesión.

Año	Solicitudes	Concedidas (%)	Importe
1995	73	42 (57,0)	468.750
1996	95	35 (37,0)	450.721
1997	93	38 (40,8)	462.740
1998	87	23 (26,4)	432.692
1999	65	27 (41,5)	490.042
2000	94	43 (45,7)	513.269
2001	68	31 (45,6)	502.849
2002	65	22 (33,8)	554.772
2003	60	32 (53,3)	718.289

**Tabla 133.** Relación de proyectos concedidos distribuida por centros.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hospital de Navarra	6	4	4	3	0	10	1	1	4
Hospital Reina Sofía	1	1	3	1	1	1	1	0	0
Hospital García Orcoyen	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Hospital Virgen del Camino	6	4	7	1	4	2	3	2	1
Clínica Universitaria	14	13	10	10	18	21	16	15	20
Atención Primaria. Salud Mental	2	4	6	3	1	1	4	0	1
Serv. Navarro Salud-Osasunbidea	7	2	3	1	1	4	2	1	0
Universidad Pública de Navarra	4	3	4	2	2	0	2	2	3
Otros	1	4	1	2	0	4	1	1	3
Total	42	35	38	23	27	43	31	22	32

Los proyectos activos pueden consultarse por los investigadores a través de la página web [www.cfnavarra/salud/docencia.investigacion](http://www.cfnavarra/salud/docencia.investigacion), en el documento PROYECTOS ACTIVOS.

### **AYUDAS A LA PROMOCIÓN DE INVESTIGADORES EN CIENCIAS DE LA SALUD (APICS)**

La formación de investigadores también ha merecido interés y por ello cada año, desde 1998, se convocan dos becas anuales para la Ayuda a la Promoción de Investigación en Ciencias de la Salud (APICS), para la formación sistemática de futuros investigadores por un periodo de tres años. Los beneficiarios, que tienen el carácter de becarios, quedan adscritos a centros públicos, que desarrollan líneas estables de investigación, y que tienen capacidad de formarlos al tiempo que consolidan su investigación.

El centro o servicio receptor de los becarios deberá tener abiertas líneas de investigación consolidadas, acreditadas y dotadas de financiación, mediante proyectos obtenidos en convocatorias competitivas y abiertas, públicas o privadas, o reconocidas por el Departamento de Salud. El centro o servicio receptor designa un tutor de docencia, que es el responsable de dirigir la actividad investigadora y la formación del becario en cursos relacionados con metodología de investigación, técnicas experimentales, presentación de resultados en forma de comunicaciones y publicaciones científicas, etc.

Hasta el momento han sido concedidas ocho becas APICS distribuidas por centros según la Tabla 134.

**Tabla 134.** Relación de becarios APICS.

Centro de Investigación Biomédica	2 Becarios (1998 y 2002)
Servicio de Genética de Hospital Virgen del Camino	2 Becarios (1998 y 2001)
Centro de Salud Mental Ermitagaña	1 Becario (1999)
Servicio de Cirugía, Hospital de Navarra	1 Becario (2000)
Instituto de Salud Pública	1 Becario (2001)
Instituto de Agrotecnología y Recursos Naturales. UPNA	1 Becario (2002)

### **COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC)**

Los avances en la ciencia biomédica y su aplicación en la clínica, han enfrentado a nuestra sociedad con nuevas y difíciles cuestiones éticas. Para resolver este problema se publicó la normativa sobre ensayos clíni-

cos que establece la regulación sobre los comités éticos de investigación clínica (Real Decreto 561/93).

En desarrollo de dicho Real Decreto se constituyó el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la Comunidad Foral de Navarra por Decreto Foral 308/1993, de 4 de octubre, para la evaluación de los ensayos clínicos en los aspectos éticos, metodológicos, legales y en el balance riesgo/beneficio tanto relativos a centros y actividades sanitarias del sector público como realizados en instituciones o centros privados.

El CEIC dispone de unos procedimientos normalizados de trabajo (PNT) que ha dado a conocer públicamente a través de su página web ([www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion](http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion), donde se recoge el funcionamiento, evaluación, periodicidad de las reuniones, plazos de concesión de documentos. Además a lo largo de estos años de funcionamiento ha preparado varios documentos que ha hecho públicos a través de su página web para unificar criterios de evaluación y facilitarlos como guía a promotores y otros comités éticos.

Desde la acreditación del CEIC (1994) hasta el final del año 2003 se han evaluado un total de 684 ensayos clínicos de los que se ha emitido informe favorable en 558 casos. Más información acerca de la evaluación y resultados de los ensayos clínicos evaluados por centros se recoge en la tabla 135.

Durante el período 2001 al 2004 se han archivado 678 documentos de efectos adversos acontecidos en los diversos ensayos clínicos y comunicados por los promotores; se han registrado y advertido de su conocimiento 709 documentos catalogados como de información general que contienen: informes de seguridad, de seguimiento, informes anuales, de finalización, y se han evaluado 361 modificaciones habiendo dado a las mismas su respuesta correspondiente de aprobación o denegación.

## **REVISTA “ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA”. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA**

En 1996, el Departamento de Salud decidió editar una publicación, (Orden Foral 5/1997 de 14 de enero) bajo la denominación de Anales del Sistema Sanitario de Navarra, con carácter de revista científica periódica como oferta a los investigadores, reiniciando la edición de la revista en el volumen 20 como continuidad a la que había sido fundada en 1959 y que se había suspendido en 1984. La finalidad de la revista es servir de cauce de expresión de la realidad científica, técnica y de administración y gestión de la sanidad de Navarra.

La revista tiene carácter cuatrimestral y hasta el año 1993 se han publicado los volúmenes 20-26. Los trabajos recibidos para su publicación en cualquiera de las secciones que engloba (Artículos originales, Revisiones, Salud Pública y Administración Sanitaria, Notas Clínicas), son corre-

gidos por el “sistema de revisión por pares” (*peer review system*) que de forma anónima emiten un informe ayudando al Consejo de Redacción a la admisión o rechazo del trabajo. Además de éstas, también figuran en la revista las secciones: Editorial, Colaboración especial, y Notas Informativas.

**Tabla 135.** Evolución de los ensayos clínicos evaluados en el CEIC de la Comunidad Foral de Navarra.

Centros	Evaluación	1994 a 2000	2001	2002	2003	Total
Hospital de Navarra	Aprobado	120	14	11	18	163
	No aprobado	19	5	4	1	29
	Total	139	19	15	19	192
Hospital Virgen del Camino	Aprobado	49	12	9	11	81
	No aprobado	13	1	6	2	22
	Total	62	13	15	13	103
Hospital García Orcoyen	Aprobado	2	-	-	-	2
	No aprobado	-	-	-	-	-
	Total	2	-	-	-	2
Hospital Reina Sofía	Aprobado	3	-	-	1	4
	No aprobado	1	-	-	-	1
	Total	4	-	-	1	5
Clínica Universitaria	Aprobado	140	31	43	38	252
	No aprobado	31	3	13	6	53
	Total	171	34	56	44	305
Clínica Ubarmin	Aprobado	4	1	-	1	6
	No aprobado	-	-	1	-	1
	Total	4	1	1	1	7
Centros de Salud	Aprobado	14	-	2	-	16
	No aprobado	4	4	-	-	8
	Total	18	4	2	-	24
Otros*	Aprobado	25	3	2	4	34
	No aprobado	6	2	2	2	12
	Total	31	5	4	6	46
Total centros	Aprobado	357	61	67	73	558
	No aprobado	74	15	26	11	126
	Total	431	76	93	84	684

Además de los números ordinarios se publican, también con carácter cuatrimestral, suplementos que sobre diferentes temas son elaborados por profesionales bajo la coordinación de uno de ellos. Hasta el momento se han publicado, paralelamente a los números ordinarios, 3 suplementos anuales sobre diferentes temas que se adjuntan en el Anexo (Tabla 2).

Además se publican monografías clasificadas en 3 líneas de conocimiento: ciencias básicas; ciencias aplicadas; salud pública y administración sanitaria. Las monografías publicadas hasta el momento se relacionan en el Anexo (Tabla 3).

De todos ellos se imprimen 1.000 ejemplares que se distribuyen entre autores de los diferentes trabajos de los números ordinarios y suplementos; bibliotecas de hospitales seleccionados españoles, europeos y de Sudamérica, Consejerías de Sanidad de las CCAA; servicios de los hospitales de Navarra, centros de salud, y otros.

La revista ha sido incluida en las bases de datos Índice Médico Español (IME) en el año 2000, base de datos que sólo tiene incluidas 320 revistas españolas; en la base europea Excerpta medica (EMBASE) en el año 2001; en la base norteamericana Index Medicus (Medline) en el año 2002. Puede leerse a texto completo en la dirección electrónica <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/default/html>.

Para cualquier consulta, la dirección electrónica de la revista es [ANALES@cfnavarra.es](mailto:ANALES@cfnavarra.es).

En el período 2000-04 se han producido 916 publicaciones científicas indexadas en Medline, Embase, e IME. De ellas un 37% (336/916) tienen factor de impacto (JCR)<sup>1</sup>, generando un total de 835,9 puntos con un rango entre 0,6 y 29 puntos. Un 46% (421/916) tienen un factor de impacto (IME), genera 80 puntos adicionales.

Hay que reseñar el papel que la revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra tiene en esta producción, pues un 21% (193/916) de los artículos se han publicado en esta revista.

## **BIBLIOTECA VIRTUAL EN CIENCIAS DE LA SALUD**

En el año 2001, se creó la Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud en la Intranet del Gobierno de Navarra. Ha permitido reorganizar los fondos existentes en el sistema que permitieran un acceso virtual al mismo, como en su momento es el caso del acceso a la base de datos Medline o

---

1. ISI Journal Citation Reports.



Cochrane, a la que estaban suscritos diferentes hospitales, y que a través de la biblioteca virtual permitió el acceso de todo el personal del sistema sanitario desde cualquier punto de Navarra.

Posteriormente, la biblioteca se ha ido haciendo cargo de las bases de datos ya citadas, –liberando a los hospitales suscritos del gasto–, y ha ido incorporando nuevas bases de datos como Embase y otras centradas en la medicina basada en la evidencia, como es el caso de Tripdatabase, Clinical Evidence y Uptodate.

Gracias también a la colaboración de las diversas bibliotecas del sistema se han podido incorporar revistas a texto completo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Plan Docente del Departamento de Salud,  
<http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/>
- Revista ANALES del Sistema Sanitario de Navarra,  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/default/html>
- ISI Journal Citation Reports. <http://www.isinet.com/>  
y [http://ime.uva.es/imecitas/factor\\_impacto.shtml](http://ime.uva.es/imecitas/factor_impacto.shtml)
- IME. Índice Médico Español  
[http://ime.uva.es/imecitas/factor\\_impacto.shtml](http://ime.uva.es/imecitas/factor_impacto.shtml)

---

1. ISI Journal Citation Reports.



## ANEXO

**Tabla 1.** Listado de asociaciones relacionadas con problemas de salud que han recibido ayudas económicas del Departamento de Salud.

---

Asociación alivio de los dolores reumáticos (A.D.R.)
Asociación Celiacos de Navarra
Asociación contra la Bulimia y la Anorexia Nerviosas "ABAN"
Asociación contra la fibrosis quística de Navarra
Asociación Comisión Ciudadana ANTISIDA de Navarra. CCASN
Asociación Comisión Universitaria ANTI SIDA (CUA) de la UPNA
Asociación coordinadora de disminuidos físicos de Navarra
Asociación de ayuda a niños oncológicos (ADANO)
Asociación de daño cerebral de Navarra 'ADACEN'
Asociación de diabéticos de la ribera de Navarra
Asociación de disminuidos físicos de la ribera de Navarra AMIMET
Asociación de disminuidos físicos y psíquicos de Corella 'ADISCO'
Asociación de enfermos de Crohn y colitis ulcerosa (ACCU)
Asociación de esclerosis múltiple de Navarra (ADEMNA)
Asociación de Fibromialgia 'AFINA'
Asociación de mujeres diagnosticadas de tumores mamarios (SARAY)
Asociación de Reclusos ANTI-SIDA (A.R.A.S)
Asociación de retinosis pigmentaria de Navarra
Asociación "EUNATE" de familiares y amigos de personas con deficiencias auditivas
Asociación de familiares de enfermos de alzheimer de Navarra (AFAN)
Asociación de familias y amigos en duelo "GOIZARGI"
Asociación INYASIDA
Asociación lucha contra enfermedades renales (ALCER)
Asociación Ludópatas de Navarra 'ARALAR'
Asociación Mucoviscidosis de Navarra
Asociación Navarra contra el acoso psicológico-moral en el trabajo (ANACASIT)
Asociación Navarra de personas con asma bronquial y o enfermedades alérgicas
Asociación Navarra de ayuda a la parálisis cerebral (Aspace Navarra)

DEPARTAMENTO DE SALUD

Asociación Navarra de diabéticos (TIPO 1)  
Asociación Navarra de esclerosis lateral amiotrofica "ADELA"  
Asociación Navarra de fenilcetonuria y otros errores del metabolismo. NPAKU y OTM  
Asociación Navarra de hemofilia  
Asociación Navarra de laringectomizados  
Asociación de ostomizados de Navarra ADONAVARRA  
Asociación Navarra de Parkinson (ANAPAR)  
Asociación Navarra en favor de las personas con discapacidad psíquica (ANFAS)  
Asociación Navarra para la salud psíquica ANASAPS  
Asociación Navarra de padres con hijos espina bífida (ANPHEB)  
Asociación Navarra de padres con niños invidentes otras deficiencias visuales graves BERDINTASUNA  
Asociación SARE Apoyo VIH/SIDA  
Asociación Síndrome de Down de Navarra (A.S.D.N.)  
Asociación tratamiento niños hiperactivos (ADHI)  
Asociación ADELUNA- Asociación de enfermos de lupus de Navarra

---

Fuente: Elaboración propia con las resoluciones (1996-2003) que resuelven las subvenciones y Registro de Asociaciones de Navarra.

**Tabla 2.** Relación de suplementos publicados en la revista anales desde 1997 hasta 2003.

<b>Año</b>	<b>Suple.</b>	<b>Título</b>
1997	1	La sanidad en Navarra 1921-1996.
	2	Ayudas a la investigación en Ciencias de la Salud del Dpto. de Salud. Período 1991-1994.
	3	Ayudas a la investigación en Ciencias de la Salud del Dpto. de Salud. Período 1992-1995.
1998	1	Hipertensión arterial.
	2	Aspectos actuales de la infección por <i>Helicobacter pilory</i> .
	3	Ayudas a la investigación en Ciencias de la Salud del Dpto. de Salud. Período 1993-1996.
1999	1	Asistencia sanitaria y atención a la ancianidad.
	2	Anestesia locorregional.
	3	Ayudas a la investigación en Ciencias de la Salud del Dpto. de Salud. Período 1994-1998.
2000	1	La esquizofrenia en Navarra.
	2	Vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.
	3	El ictus, una emergencia.
2001	1	Factores pronósticos en oncología.
	2	La comunicación: hacia una mejor relación con los ciudadanos en el sistema sanitario.
	3	Plan de Salud de Navarra 2001-2005.
2002	1	Obesidad.
	2	Pediatría en atención primaria: del nacimiento a la adolescencia.
	3	Trastornos Depresivos.
2003	1	Toxicología Clínica.
	2	Alergia: presente y futuro.
	3	Osteoporosis.

**Tabla 3.** Relación de monografías publicadas en la Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra.

<b>Área de Salud Pública y Administración Sanitaria</b>
Nº 1. Introducción a la gestión de marketing en los servicios de salud
Nº 2. Legislación sanitaria de Navarra
Nº 3. La opinión pública y el sistema de salud
Nº 4. ¿Cómo estamos de salud 2000?
Nº 5. Legislación Sanitaria de Navarra (versión actualizada)
<b>Área de Ciencias Aplicadas</b>
Nº 1. Artrópodos y salud humana
Nº 2. Riesgo cardiovascular. Evidencias que orientan la actuación clínica
Nº 3. Supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer en Navarra entre 1985-94
<b>Área de Ciencias Básicas</b>
Nº 1. Epidemiología clínica aplicada a la toma de decisiones en medicina

## **RESULTADOS DE SALUD**





## MORTALIDAD

### MORTALIDAD EN NAVARRA EN EL PERÍODO 1991-2001

*Conchi Moreno Iribas\**

Para estudiar las tendencias recientes de las tasas de mortalidad en Navarra se comparan las tasas medias anuales del período 1991-96 con el periodo 1997-2001. Como referencia de la mortalidad reciente en España se utilizan los datos publicados por el Centro Nacional de Epidemiología para el año 2000. En todos los casos se comparan tasas ajustadas a la población europea.

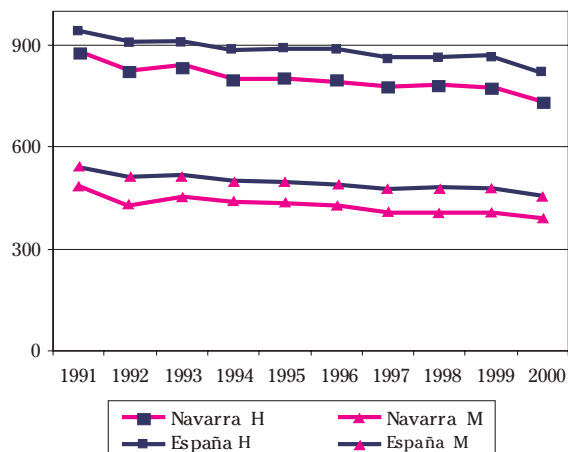
#### MORTALIDAD GENERAL Y ESPERANZA DE VIDA

Comparando las tasas ajustadas de mortalidad entre 1991 y 2001 en Navarra se constata que a lo largo de todo el período las tasas de mortalidad descendieron en ambos sexos, pasando de 875,8 a 707,8 por 100.000 entre los hombres y de 488,1 a 369,6 por 100.000 en las mujeres (Fig. 99). El descenso de las tasas fue de 19,2% en los hombres y de 24,2% en las mujeres al comparar el período 1997-2001 respecto al período 1991-96.

A lo largo de la década de los 90, la mortalidad de los hombres y de las mujeres de Navarra fue considerablemente más baja que la registrada en España. En el año 2000, un 11% menor en los hombres y un 13,2% menor entre las mujeres (Fig. 99).

---

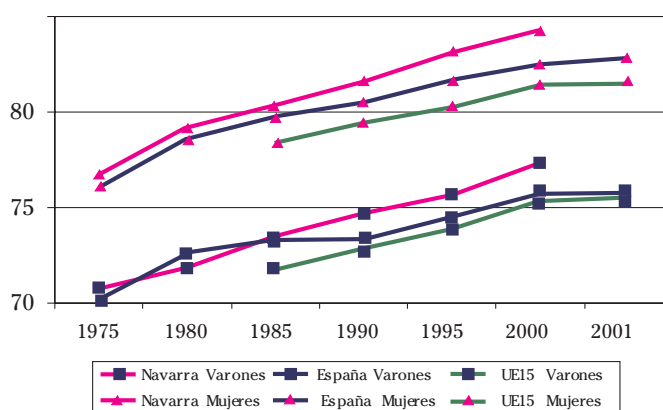
\* Sección de Enfermedades no Transmisibles y Estadísticas Vitales del Instituto de Salud Pública de Navarra.



**Figura 99.** Tasas ajustadas de mortalidad. Navarra y España 1991-2001.

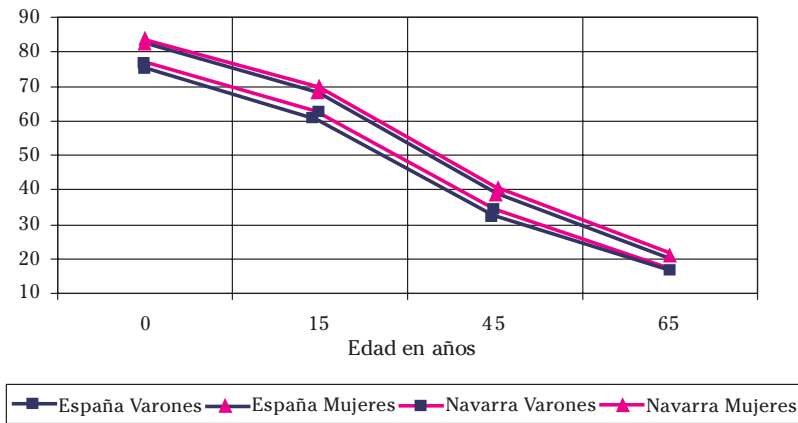
Fuente: INE.

La esperanza de vida al nacer en el período 1997-2001 fue de 77,0 años en los hombres y de 84,1 años en las mujeres y se encuentra por encima de la registrada en España en el año 2000: 75,5 años en los hombres y 82,7 años las mujeres. También en el ámbito internacional Navarra se encuentra entre los países con altas esperanzas de vida. En el año 2000, las esperanzas de vida al nacer más altas entre los hombres de los países industrializados se han registrado en: Islandia (77,9), Japón (77,4), Suiza (77,1) o Suecia (77,4). Entre las mujeres destacan Japón con una esperanza de vida de 84,8 años y en Europa Francia y España que registraron una esperanza de vida al nacer de 82,7 años (Figs. 100 y 101).



**Figura 100.** Evolución de la esperanza de vida al nacer.

Fuente: INE.



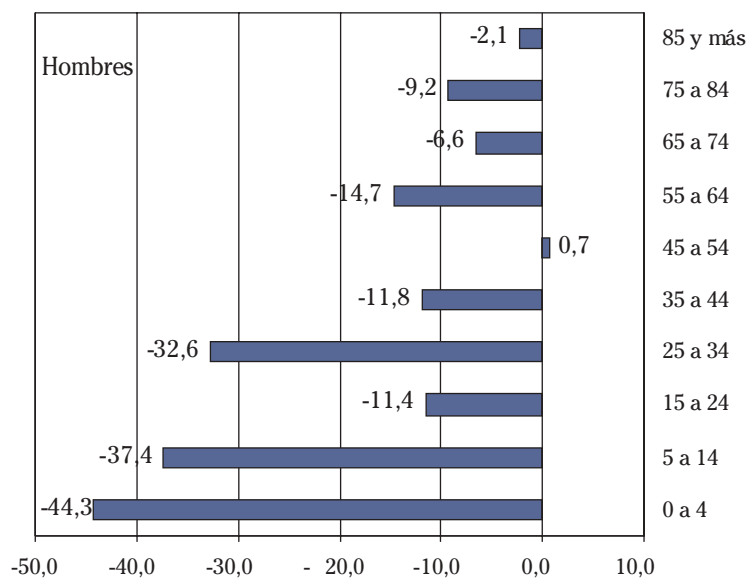
**Figura 101.** Esperanza de vida a diferentes edades. Navarra y España.

Fuente: INE con datos de 1998 y 1999.

## TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

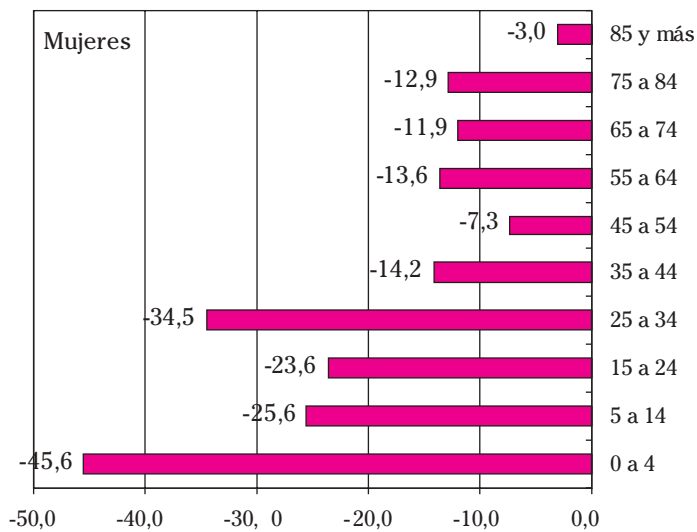
Las tasas específicas de mortalidad por edad en hombres y mujeres en los períodos 1991-96 y el período 1997-2001 muestran que tasas de mortalidad descendieron en ambos sexos y en todos los grupos de edad en el segundo período respecto al primero, excepto en los varones de 45-54 años (Figs. 102 y 103). Señalar que uno de los grupos donde más desciende la mortalidad es en los jóvenes de 25-34 años, grupo poblacional que en la década de los 80 experimentó un crecimiento de su riesgo de muerte a expensas fundamentalmente del SIDA. También cabe señalarse que en prácticamente todos los grupos de edad, las tasas de mortalidad de Navarra en el período 1997-2001 son más bajas que las registradas en España en el año 2000, siendo significativo que las diferencias son más importantes entre las mujeres de edades medias y avanzadas (Fig.104).

Respecto a las diferencias de mortalidad por sexo, excepto en los menores de 4 años entre los que no encontramos diferencias, en el resto de las edades los hombres presentan tasas de mortalidad más altas (Fig. 104). En global, en el año 1997-2001, la ratio de las tasas ajustadas de mortalidad para todas las edades fue de 1,89 a favor de los hombres. Esta mortalidad diferencial entre sexos se encuentra por encima de la registrada en España en el año 2000 (1,80) y también de la observada en la Unión Europea.



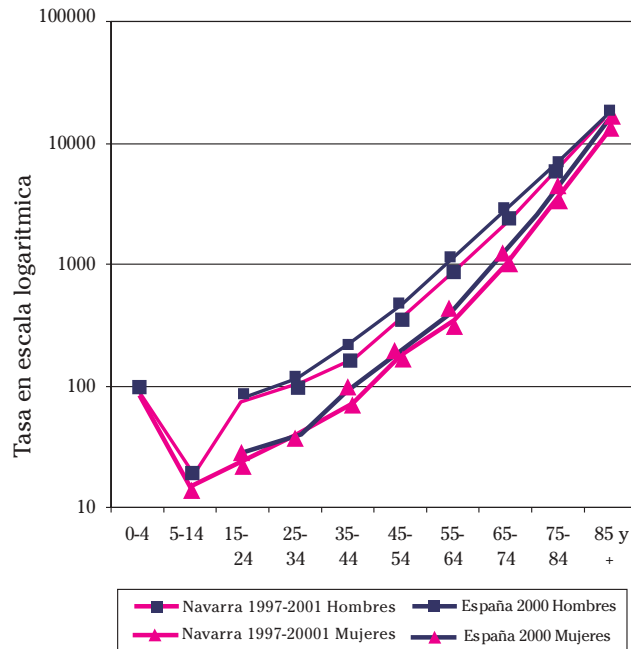
**Figura 102.** Mortalidad en Navarra. Porcentaje de cambio entre 1997-2001 y 1991-96 en hombres.

Fuente: INE con datos de 1998 y 1999.



**Figura 103.** Mortalidad en Navarra. Porcentaje de cambio entre 1997-2001 y 1991-1996 en mujeres.

Fuente: INE con datos de 1998 y 1999.



**Figura 104.** Tasas de mortalidad en Navarra y España.

Fuente: INE con datos de 1998 y 1999.

## MORTALIDAD INFANTIL

En los 11 últimos años, la mortalidad infantil en Navarra ha registrado un importante descenso. La tasa media del período 1991-96 fue de 7,7 por mil mientras en el quinquenio 1997-2001 descendió a 3,6 por 1000 (Tabla 136). En España la magnitud de la mortalidad en este grupo de edad es bastante similar a la observada en Navarra: en el quinquenio 1991-95 fue de 6,5 y en el quinquenio 1996-2000 de 4,8 por 1000.

## MORTALIDAD POR CAUSAS

Cuando comparamos las tasas de mortalidad de Navarra por grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de los períodos 1991-96 y 1997-2001 se advierte que la mortalidad por enfermedades circulatorias, tumores, enfermedades respiratorias, enfermedades digestivas y las causas externas han sido los principales responsables de la mortalidad en ambos sexos y en ambos períodos, llegando a acumular el 82% de la tasa de mortalidad en el período 1997-2001 (Tablas 137 y 138).

**Tabla 136.** Indicadores de la mortalidad infantil. Navarra 1991-2001.

Año	Nº recién nacidos	Nº fallecidos < 1 año	Tasa mortalidad infantil	Tasa mortalidad neonatal	Tasa mortalidad postneonatal
1991	4.542	59	13,0	9,0	4,0
1992	4.460	46	10,3	7,0	3,4
1993	4.562	28	6,1	3,1	3,1
1994	4.572	33	7,2	5,2	2,0
1995	4.603	21	4,6	2,0	2,6
1996	4.600	23	5,0	3,5	1,5
1997	4.967	19	3,8	1,4	2,4
1998	4.952	27	5,4	3,2	2,2
1999	5.122	10	1,9	0,6	1,4
2000	5.188	21	3,6	2,3	1,3
2001	5.583	17	3,1	2	1,1

Fuente: INE.

**Tabla 137.** Mortalidad en Navarra y España en el período 1991-2001. Tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000. Hombres.

Hombres	Navarra	Navarra	Navarra	España
	1991-96	1997-2001	% cambio	2000
Tumores	260,9	248,1	-4,9	259,2
Enf. del sistema circulatorio	259,2	223,5	-13,8	241,4
Enf. del sistema respiratorio	89,8	90,4	0,6	100,8
Causas externas de mortalidad	58,5	58,9	0,6	54,0
Enf. del sistema digestivo	40,0	34,3	-14,2	44,3
Enf. del sistema nervioso y órg. sentidos	18,3	20,4	11,7	18,6
Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	16,8	15,5	-7,6	17,8
Causas mal definidas	13,7	13,3	-2,7	19,4
Trastornos mentales y del comportamiento	11,2	11,7	3,8	16,2
Enf. del sistema genitourinario	16,9	11,6	-31,5	16,2
Enf. infecciosas y parasitarias	19,4	11,5	-40,8	16,5
Enf. sist. osteom y tej. conjuntivo	4,3	3,4	-20,2	4,0
Afecciones perinatales	4,1	3,2	-21,2	3,9
Malformaciones congénitas	5,2	2,5	-52,4	4,0
Enf. sangre y órg. hematopoyéticos	2,6	1,8	-28,0	2,3
Enf. piel y tej. subcutáneo	0,8	1,4	65,9	1,3
Total	822,6	752,7	-8,5	819,7

Fuente: Defunciones según la causa de muerte. INE.

**Tabla 138.** Mortalidad en Navarra y España en el período 1991-2001. Tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000. Mujeres.

Mujeres	Navarra	Navarra	Navarra	España
	1991-96	1997-2001	% cambio	2000
Enf. del sistema circulatorio	164,5	133,2	-19,0	164,4
Tumores	120,3	114,0	-5,2	115,0
Enf. del sistema respiratorio	34,4	35,9	4,2	40,2
Enf. del sist. nervioso y órg. sentidos	15,1	18,4	21,7	15,9
Enf. del sistema digestivo	18,0	17,9	-0,9	22,6
Causas externas de mortalidad	17,4	14,3	-17,5	16,1
Enf. endocrinas, nutric. y metabólicas	16,1	13,0	-19,2	16,9
Trast. mentales y del comportamiento	12,0	11,9	-1,0	16,4
Causas mal definidas	11,3	11,1	-1,0	13,2
Enf. del sistema genitourinario	9,9	6,9	-30,7	10,0
Enf. infecciosas y parasitarias	8,5	6,7	-21,1	7,9
Enf. sist. osteomusc. y tej. conjuntivo	6,4	5,6	-13,2	5,4
Malformaciones congénitas	5,4	3,8	-30,1	3,6
Enf. sangre y órg. hematopoyéticos	1,4	1,9	39,3	1,9
Afecciones perinatales	4,4	1,7	-62,3	3,4
Enf. piel y tej. subcutáneo	1,0	1,6	56,5	1,5
Embarazo, parto y puerperio	0,1	0,1	-0,2	0,1
Total	446,9	398,7	-10,8	454,5

Fuente: Defunciones según la causa de muerte. INE.

Entre los hombres, en el último período 1997-2001, los tumores ocupan la primera causa de muerte en Navarra, posición que hasta ese período la había ocupado la mortalidad por enfermedades circulatorias. Señalar, sin embargo, que entre los varones ambas causas de muerte muestran una tendencia descendente de sus tasas en los últimos años: la mortalidad por tumores descendió casi un 5% y la mortalidad por enfermedades circulatorias un 14% en la década de los 90. Las tasas de mortalidad por causas externas y por enfermedades respiratorias han permanecido, sin embargo, bastante estables en los últimos años. Cuando se compara la mortalidad de los hombres de Navarra con la de España, es preciso señalar que las tasas de Navarra de todos los grandes grupos son más bajas que las de España excepto las tasas de mortalidad por causas externas.

Entre las mujeres de Navarra, la mortalidad por enfermedades circulatorias continúa ocupando la primera posición, en segundo lugar los tumores y en tercer y cuarto lugar la mortalidad por enfermedades respiratorias y las enfermedades del sistema nervioso. También, como entre los

varones, han descendido las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias y también la mortalidad por cáncer. Cuando se comparan las tasas de mortalidad de las mujeres de Navarra con las de España, se constata que la mortalidad por enfermedades circulatorias es bastante más baja en Navarra, casi un 20%. En el resto de causas las diferencias son mucho menos llamativas y así se observa que para la segunda causa de muerte, la mortalidad por cáncer, las tasas son prácticamente idénticas.

### **Enfermedades del Aparato Circulatorio**

Durante el período 1997-2001 en el 34,2% de las defunciones (30,6% en los hombres y 38,2% en las mujeres) la causa de muerte correspondió a una enfermedad del aparato circulatorio. El peso relativo de estas causas de muerte ha disminuido respecto al período 1991-96 donde representaban el 36,6% de las causas de muerte (Tablas 1 y 2 del Anexo)

Las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio de Navarra en el quinquenio 1997-2001 son más bajas que las registradas en España en el año 2000, un 5% más bajas en los hombres y un 19% entre las mujeres. Las menores tasas se observan tanto para la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (tasas de 89,2 y 33,9 en los hombres y mujeres de Navarra frente 95,1 y 41,6 por 100.000 en España) como para la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (52,7 y 39,3 en Navarra *versus* 62,9 y 51,4 por 100.000 en España).

A lo largo de la década de los 90 han continuado disminuyendo en ambos sexos, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, enfermedad isquémica del corazón, insuficiencia cardiaca y arterioesclerosis, principales subgrupos del capítulo de enfermedades circulatorias.

Cuando consideramos los años potenciales de vida perdidos en menores de 70 años (APVP), las enfermedades circulatorias representan el 14,6% de los APVP en los hombres y el 8,6% en las mujeres (Anexo, tabla 3). Hay que señalar que las tasas ajustadas de APVP por enfermedades circulatorias han descendido en los últimos 10 años.

En Navarra, el descenso de las enfermedades cardiovasculares ha sido en gran medida responsable del aumento de la esperanza de vida al nacer en la década de los 90, tanto en hombres como en mujeres, si consideramos que son las patologías que más defunciones causan y que han disminuido de manera muy significativa en los últimos años.

### **Tumores**

En el último período, 1997-2001, las muertes por cáncer representaban el 32,3% del total en los varones y el 22,5% en las mujeres. Confirmando una tendencia observada a finales de la década de los 80, considerando conjuntamente todos los tipos de tumores, la tasa mortalidad



por cáncer de los varones supera a la mortalidad por enfermedades circulatorias (Tabla 137). Este mismo patrón se observa en España en el año 2000. Señalar también que la tasa de mortalidad por cáncer de los varones de Navarra es un 4% más baja que la de España y además se ha producido un descenso de la mortalidad por esta causa en los últimos años (Tabla 137). El descenso de la mortalidad por cáncer ha afectado también a la mortalidad prematura o APVP, que han descendido un 8,7% en los hombres. Señalar que el descenso de las tasas de mortalidad por tumores del aparato digestivo en prácticamente todas las localizaciones (excepto páncreas) y fundamentalmente el importante descenso de la mortalidad por cáncer de estómago, son en buena medida responsables de la buena evolución del indicador “mortalidad por cáncer” (Anexo, tabla 1).

Entre las mujeres, se van igualando igualmente las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias y cáncer, pero todavía las primeras continúan siendo la primera causa de muerte en Navarra. El conjunto de todas las muertes por los diferentes tipos de cáncer muestra un descenso de las tasas de 5,2% entre el período 1997-2001 *versus* el período anterior (Tabla 138) y lo mismo ocurre con la mortalidad prematura, observándose un descenso de 9,9%. A nivel europeo, la tasa de mortalidad por cáncer de las mujeres de Navarra se encuentra entre las más bajas y se aproximan al país con tasa más baja que es Grecia, mientras los varones presentan una mortalidad similar a la media registrada en la Unión Europea.

Es importante valorar la evolución de la tasa total de cáncer pero diferenciando la evolución de cada tipo de localización y sobre todo, aquellos más prevenibles por factores de riesgo conocidos y modificables como son todos los tumores relacionados con el tabaquismo.

### **Cáncer de pulmón y otros tumores relacionados con el tabaco**

El cáncer de pulmón ha sido el tipo de tumor que mayor tasa de mortalidad ha presentado entre los varones de Navarra a lo largo de toda la década de los 90 y además las tasas continúan aumentando un 2,4% en el período 1997-2001 respecto al período 1991-96. Es, tras los accidentes de tráfico, la segunda causa en APVP entre los varones (Anexo, tabla 3), y como ocurre con la tasa de mortalidad ajustada también la tasa de APVP ha aumentado en los años recientes, un 5% en los varones.

Como novedad respecto a las décadas anteriores, los indicadores relativos a la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres registran incrementos importantes en el período 1997-2001 respecto al período 1991-96, 43% en la mortalidad total y 61,7% en la tasa de APVP (Tabla 2 y 3 del Anexo). Es decir, aunque hemos vivido una situación envidiable en las décadas anteriores, los datos parecen señalar el comienzo de la epidemia de

cáncer de pulmón entre las mujeres que había sido pronosticado por la generalización del uso del tabaco en importantes capas de la población de mujeres en las últimas décadas.

A nivel europeo la mortalidad por cáncer de pulmón de los hombres de Navarra ocupa un lugar intermedio. Los valores de países como Suecia, las tasas de mortalidad en varones son aproximadamente un 100% más bajas que las de Navarra. En cambio, la mortalidad por cáncer de pulmón de las mujeres de Navarra continúa siendo mucho más baja que la de la mayoría de los países de la UE, encontrándonos en nuestra región en la parte ascendente de la curva reflejo de la tardía introducción del tabaquismo en las mujeres de Navarra.

Respecto a otros tumores relacionados con el tabaquismo hay que señalar que en los hombres han descendido los tumores de la cavidad bucal y faringe, también la mortalidad por cáncer de laringe y ha aumentado la mortalidad por cáncer de páncreas.

### **Cáncer de mama**

Entre las mujeres de Navarra en el período 1997-2001, el 3,4% de las muertes totales y el 15% de las muertes por cáncer se deben a esta causa. Representan el 10% de las muertes prematuras o APVP, ocupando el segundo lugar tras los accidentes de tráfico. La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama de Navarra (20,2 por 100.000) en el período 1997-2001 era muy similar a la tasa registrada en el año 2000 en España (20,6 por 100.000).

En Navarra, la evolución del cáncer de mama en el período 1991 a 2001 muestra una evolución buena en todos los indicadores. En cuanto al número absoluto de muertes se ha pasado de una media anual de 85 a 78 en los períodos 1991-96 a 1997-2001. La tasa ajustada de mortalidad y la tasa ajustada de APVP han disminuido en los mismos períodos: un 20,2 y 17%, respectivamente (Tabla 2 y 3 del Anexo). Esta tendencia se asemeja a lo observado en España, donde las tasas descendieron un 17% cuando se compara el año 2000 respecto a 1996 (hasta ese año las tasas iban en aumento).

### **Cáncer ginecológico**

Las muertes por cáncer de ovario representan aproximadamente el 1% de las defunciones entre las mujeres y el mismo porcentaje representan los tumores de útero. A lo largo de la década de los 90 se ha observado en Navarra un descenso de la mortalidad por cáncer de útero y un incremento del cáncer de ovario (Anexo, tabla 2), y el mismo patrón se ha registrado en España donde disminuyó un 12% la mortalidad por cáncer de útero y se incrementó un 10,6% la mortalidad por cáncer de ovario entre 1991 y 2000.

La magnitud de las tasas es muy similar para el cáncer de ovario: 6,2 muertes por 100.000 tanto en Navarra como España, mientras que Navarra presenta menores tasas de mortalidad por cáncer de útero (6,3 en España *versus* 4,6 por 100.000 en Navarra). La baja frecuencia de tumores de cérvix en esta comunidad autónoma ha sido documentada igualmente a través del registro de cáncer de Navarra que recopila datos de incidencia.

### **Tumores digestivos**

Siguiendo una tendencia que se había iniciado en las décadas anteriores, la mortalidad por cáncer de estómago muestra un descenso importante en la década de los 90. En cifras absolutas se ha pasado de una media anual de 70 y 40 fallecimientos en hombres y mujeres en el periodo 1991-96 a cifras de 58 y 36 en el quinquenio siguiente. Las tasas ajustadas han descendido un 29,7% en los hombres y un 22,5% en las mujeres y las tasas ajustadas de APVP todavía más, un 43,5 y un 53%, respectivamente (Anexo tablas 1-3). Las tasas de mortalidad por cáncer de estómago de Navarra y España a finales de la década de los 90 son muy similares, en torno a 16 por 100.000 en los hombres y 7 por 100.000 en las mujeres.

La tasa de mortalidad por cáncer colorrectal es la tercera más alta tras el cáncer de pulmón y próstata en los hombres y la segunda más frecuente tras el cáncer de mama en las mujeres. Las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal de los hombres son más altas que las de las mujeres, 24,7 y 14,6 por 100.000 en el período 1997-2001 pero las tendencias muestran un signo diferente, en los hombres han disminuido un 5% mientras que en las mujeres han aumentado un 5,8% respecto al período previo 1991-96. Cuando se observan los datos de los Estados Unidos o los datos globales de la Unión Europea, las estadísticas de mortalidad muestran que el cáncer colorrectal está descendiendo. En la Unión Europea entre 1988 y 1996, la mortalidad disminuyó un 12,4%; en los Estados Unidos los datos de mortalidad muestran descensos que se iniciaron en la década de los 70.

### **Cáncer de próstata**

La mortalidad por cáncer de próstata, que había presentado una tendencia creciente en la década de los 80, presenta una estabilización en los 90. La tasa de mortalidad del período 1997-2001 fue un 6,6% más baja que la descrita en el período 1991-96 (25,0 y 26,8 por 100.000, respectivamente). También los datos de España muestran un ligero descenso de las tasas de mortalidad en los últimos años, pasando de 23,7 en el año 1999 a 22,4 muertes por 100.000 en el año 2000.

En la Unión Europea, las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata más altas se observaron en Suecia y las más bajas en Grecia. Las estadísticas de mortalidad de la Unión Europea muestran una estabilización de las tasas en el período 1988-1996, mientras que entre la pobla-

ción blanca de los Estados Unidos la mortalidad por cáncer de próstata está disminuyendo desde principios de la década de los 90.

### **Leucemia**

Las tasas de mortalidad por leucemia registradas en Navarra son muy similares a las encontradas en España. En la década de los 90 se observa un descenso de las tasas en ambos sexos.

### **Enfermedades respiratorias**

La mortalidad por enfermedades respiratorias de Navarra es similar a la media estatal y de la Unión Europea. La utilización en España desde el año 1999 de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ha producido algunos cambios que concretamente afectan a la comparabilidad de las estadísticas de mortalidad por enfermedades respiratorias. Así, se constata el traspaso de la insuficiencia respiratoria del capítulo de mal definidas al capítulo de enfermedades respiratorias, aportación que se neutraliza en parte por la pérdida de defunciones en la rúbrica de neumonía por los cambios en las normas de selección de la causa básica de defunción.

### **Enfermedades del aparato digestivo**

La tasas de mortalidad por enfermedades del aparato digestivo de Navarra son más bajas que las observadas en España en ambos sexos, un 22% en los hombres y un 20% en las mujeres (Tablas 137 y 138). Siguiendo una tendencia observada en la década de los 80, ha continuado descendiendo la mortalidad por úlceras y la mortalidad por cirrosis. Patrones similares se han observado para estos dos grupos de causas de defunción en otras comunidades autónomas.

### **Causas externas**

La mortalidad por causas externas entre los hombres de Navarra es 4 veces más alta que entre las mujeres. Cuando se comparan los grandes grupos de causas y en el caso de los hombres la mortalidad por causas externas de Navarra es un 9% más alta que la de España (Tabla 137), además y como dato negativo las tasas de mortalidad por todo el grupo de causas externas ha permanecido invariable entre los hombres cuando se compara el período 1991-96 con el último período 1997-2001, mientras que han disminuido un 17% entre las mujeres (Tablas 137 y 138).

Las defunciones por causas externas de mayor relevancia en los hombres de Navarra en el período 1997-2001 fueron los accidentes de tráfico, que suponen aproximadamente 88 muertes al año entre los varones; y en segundo lugar los suicidios con 35 muertes al año (Anexo, tabla 1).

Las muertes por accidentes de tráfico y suicidio son, además, una importante causa de mortalidad prematura representado la primera y cuarta causa de APVP en los hombres de Navarra (Anexo, tabla 3). Las tendencias recientes en varones muestran un aumento de la mortalidad por estas dos causas a lo largo de la década de los 90 (Anexo, tabla 2). Señalar también el aumento de las muertes por ahogamientos, mientras que han descendido las muertes accidentales por consumo de psicofármacos y drogas de abuso.

Entre las mujeres, y al contrario que entre los hombres, han descendido las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico y las tasas de mortalidad por suicidio. Mientras que en el período 1991-96 se producían una media de 25 y 12 muertes por estas dos causas se ha pasado a 20 y 9 en el período 1997-2001, descendiendo las tasas ajustadas en torno al 20% (Anexo tabla 2).

La mortalidad por suicidio y autolesiones se encuentra por debajo de la media europea, en cambio, la mortalidad por accidentes de tráfico de Navarra es más alta, en hombres y mujeres, que la media europea. Duplicamos a países como Noruega o Suecia en cuanto a tasas de mortalidad por accidentes de tráfico.

### **Enfermedades infecciosas**

Las muertes por enfermedades infecciosas representan el 1,5% de las muertes en los hombres y mujeres de Navarra en el período 1997-2001.

Entre los jóvenes destacan por su frecuencia las muertes por sida que muestran una tendencia decreciente a lo largo de la década de los 90. En el período 1991-96 fallecían una media de 33 personas por Sida al año en Navarra y en el quinquenio siguiente 12. Al igual que España, Navarra destaca por las altas tasas de Sida en relación con la mayoría de los países de la Unión Europea. Señalar también que el 97% de las muertes por sida se producen en la población menor de 65 años y el 75% son hombres.

Otros 3 grupos de enfermedades infecciosas que tienen cierta importancia entre los menores de 65 años son las muertes por enfermedad meningocócica, las muertes por hepatitis víricas y por tuberculosis.

### **Enfermedades de Aparato Endocrino**

La mortalidad por diabetes ha disminuido en ambos sexos a lo largo de la década de los 90 en Navarra.

## BIBLIOGRAFÍA

- Llácer A, Fernández-Cuenca R. Mortalidad en España en 1999 y 2000 (I). Bol Epidemiol Semanal 2003; 11: 109-112.
- Llácer A, Fernández-Cuenca R. Mortalidad en España en 1999 y 2000 (II). Bol Epidemiol Semanal 2003; 11: 121-128.
- Ries LA, Wingo P, Miller D, Howe H, Weir H, Rosenberg H et al. The annual report to the nation on the status of Cáncer, 1973-1997, with a special section on colorectal Cáncer. Cáncer 2000; 88: 2398-2424.
- Levi F, Lucchini F, La Vecchia C, Negri E. Trends in mortality from cancer in the European Union, 1995-1994. Lancet 1999; 354: 742-743.
- Levi F, Lucchini F, La Vecchia C, Negri E. The decline in cáncer mortality in the European Union, 1988-1996. Eur J Cáncer 2000; 36: 1965-1968.
- Ardanaz E, Moreno C. Incidencia y mortalidad por cáncer en Navarra, 1993-1997. Tendencias en los últimos 25 años. An Sist Sanit Navar 2001; 24: 339-362.
- Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin DM. EUCAN: Cáncer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1996, version 3.1. IARC CáncerBase No. 4. Lyon, IARCPress, 1999. Limited version available from: URL: <http://www-dep.iarc.fr/eucan/eucan.htm>. Last updated on 29/09/2000.
- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2000: Cáncer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0. IARC CáncerBase No. 5. Lyon, IARCPress, 2001. Limited version available from: URL: <http://www-dep.iarc.fr/globocan/globocan.htm> Last updated on 03/02/2001.

## ANEXO

**Tabla 1.** Mortalidad por grupos de causas en Navarra en el período 1991-2001. Número medio de defunciones al año, mortalidad proporcional, tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000 y porcentaje de cambio 1997-2001 versus 1991-96 en Navarra. Hombres.

Hombres	Nº anual		% sobre total		Tasas ajustadas		% cambio
	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	Tasas
Enf. infecciosas intestinales	2	2	0,1	0,1	0,6	0,6	-3,4
Tuberculosis y sus efectos tardíos	4	3	0,2	0,1	1,6	0,9	-45,0
Infecciones meningocócicas	1	0	0,0	0,0	0,5	0,1	-74,4
Septicemia	11	13	0,4	0,5	3,5	3,4	-2,3
Hepatitis vírica	2	3	0,1	0,1	0,6	1,1	65,9
SIDA	34	12	1,4	0,5	11,8	4,0	-66,6
VIH (portador, evidencias de laboratorio...)	0	0	0,0	0,0	0,1		
Resto de enf. infecciosas y parasitarias	2	5	0,1	0,2	0,8	1,6	91,9
Enf. infecciosas y parasitarias	56	38	2,3	1,5	19,4	11,5	-40,8
TM del labio, de la cavidad bucal y faringe	24	22	1,0	0,8	8,5	7,1	-16,6
TM del esófago	22	21	0,9	0,8	8,1	6,9	-14,9
TM del estómago	71	58	2,9	2,2	23,8	16,8	-29,7
TM del colon	58	63	2,4	2,4	19,1	18,3	-4,2
TM del recto, rectosigmoide y ano	21	22	0,9	0,8	7,0	6,4	-8,6
TM del hígado y vías biliares intrahepáticas	34	39	1,4	1,5	11,4	11,4	0,0
TM del páncreas	34	38	1,4	1,4	11,3	11,4	1,0
Otros tumores malignos digestivos	22	19	0,9	0,7	7,2	5,3	-26,4
TM de la laringe	30	30	1,2	1,2	10,4	9,5	-8,6
TM de la tráquea, bronquios y del pulmón	177	201	7,2	7,8	60,0	61,4	2,4
Otros TM respiratorios e intratorácicos	6	6	0,2	0,2	1,9	2,0	1,2
Tumores malignos del hueso	2	3	0,1	0,1	0,7	0,8	26,1
Melanoma maligno de la piel	4	7	0,1	0,3	1,3	2,2	68,4
Otros tumores de la piel y tejidos blandos	7	9	0,3	0,3	2,5	2,7	7,2
TM de la mama	1	1	0,0	0,0	0,3	0,3	10,6
TM de la próstata	87	93	3,5	3,6	26,9	25,1	-6,6
Otros TM de órganos genitales masculinos	2	2	0,1	0,1	0,7	0,7	-0,4
TM del riñón, excepto pelvis renal	15	16	0,6	0,6	4,7	4,5	-4,3
TM de la vejiga	42	48	1,7	1,9	13,6	14,0	2,7
Otros TM de las vías urinarias	3	2	0,1	0,1	0,9	0,5	-46,3
TM del encéfalo	23	21	0,9	0,8	8,2	6,9	-16,0
Otros TM neurológicos y endocrinos	3	3	0,1	0,1	0,9	1,0	11,7
TM de sitios mal definidos, secundarios, no especificados	32	45	1,3	1,7	10,7	13,0	21,4
Otros TM tejido linfático, órg. hematopoyéticos	27	27	1,1	1,0	9,0	8,1	-10,0
Leucemia	21	22	0,8	0,8	7,2	6,4	-10,6
Tumores benignos	2	2	0,1	0,1	0,6	0,6	3,2
Síndrome mielodisplásico	3	6	0,1	0,2	0,9	1,7	103,7

## DEPARTAMENTO DE SALUD

Hombres	Nº		% sobre		Tasas		%
	anual		total		ajustadas		cambio
	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	Tasas
Otros tumores de comport. incierto o desconocido	10	11	0,4	0,4	3,2	3,2	-1,5
Tumores	777	837	31,7	32,3	260,9	248,1	-4,9
Enf. de la sangre y órg. hematopoyéticos	7	6	0,3	0,2	2,3	1,7	-25,6
Ciertos trast. que afectan a la inmunidad	1	0	0,0	0,0	0,3	0,1	-49,4
Enf. de la sangre y órg. hematopoyéticos	7	6	0,3	0,2	2,6	1,8	-28,0
Diabetes mellitus	44	45	1,8	1,7	14,3	12,7	-11,7
Otras enf. endocrinas, nutric. y metabólicas	7	10	0,3	0,4	2,5	2,9	16,4
Enf. endocrinas, nutric. y metabólicas	51	54	2,1	2,1	16,8	15,5	-7,6
Trast. mentales orgánicos, senil y presenil	31	38	1,2	1,4	9,7	9,8	0,9
Trast. mentales debidos al uso de alcohol	3	3	0,1	0,1	0,9	1,1	17,4
Trastornos mentales debidos al uso de drogas (drogodependencias)	1	0	0,0	0,0	0,2	0,1	-66,1
Otros trastornos mentales y del comportamiento	1	2	0,0	0,1	0,4	0,7	70,8
Trastornos mentales y del comportamiento	35	43	1,4	1,7	11,2	11,7	3,8
Meningitis (otras en 003)	1	1	0,0	0,0	0,3	0,3	27,4
Enf. de Alzheimer	22	33	0,9	1,3	6,8	8,6	26,4
Otras enf. del sist. nervioso y de los órg. sentidos	33	40	1,4	1,5	11,2	11,5	2,5
Enf. del sistema nervioso y órg. sentidos	56	73	2,3	2,8	18,3	20,4	11,7
Enf. cardíacas reumáticas crónicas	8	4	0,3	0,2	2,8	1,3	-52,4
Enf. hipertensivas	15	19	0,6	0,7	5,0	5,2	3,0
Infarto agudo de miocardio	215	220	8,8	8,5	71,5	64,6	-9,7
Otras enfermedades isquémicas del corazón	67	89	2,7	3,4	21,7	24,6	13,5
Insuficiencia cardíaca	107	94	4,4	3,6	36,1	26,2	-27,4
Otras enfermedades del corazón	85	105	3,5	4,0	27,5	29,0	5,5
Enf. cerebrovasculares	218	194	8,9	7,5	70,0	52,7	-24,7
Aterosclerosis	43	26	1,8	1,0	14,2	7,2	-49,1
Otras enf. de los vasos sanguíneos	33	45	1,3	1,7	10,4	12,5	20,8
Enf. del sistema circulatorio	791	794	32,3	30,6	259,2	223,5	-13,8
Influenza (gripe)	1	6	0,0	0,2	0,2	1,6	742,5
Neumonía	57	71	2,3	2,7	19,2	19,5	1,5
Enf. crónicas vías respiratorias (exc. asma)	154	165	6,3	6,3	48,6	43,6	-10,1
Asma	3	2	0,1	0,1	1,0	0,5	-50,4
Insuficiencia respiratoria	5	15	0,2	0,6	1,7	4,1	141,1
Otras enfermedades del sistema respiratorio	59	75	2,4	2,9	19,2	21,1	9,9
Enf. del sistema respiratorio	279	333	11,4	12,8	89,8	90,4	0,6
Úlcera de estómago, duodeno y yeyuno	5	7	0,2	0,3	1,7	1,8	5,0
Enteritis y colitis no infecciosas	2	2	0,1	0,1	0,6	0,5	-8,4
Enf. vascular intestinal	17	18	0,7	0,7	5,4	4,7	-12,5
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	45	37	1,8	1,4	15,8	11,3	-28,9
Otras enfermedades del sistema digestivo	50	56	2,0	2,2	16,4	15,9	-2,8
Enf. del sistema digestivo	119	119	4,9	4,6	40,0	34,3	-14,2
Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	2	5	0,1	0,2	0,8	1,4	65,9
Artritis reumatoide y osteoartritis	2	2	0,1	0,1	0,5	0,6	38,1
Osteoporosis y fractura patológica	9	7	0,4	0,3	3,3	1,9	-42,0
Otras enf. del sist. osteomuscular y tejido conj.	2	3	0,1	0,1	0,5	0,9	



RESULTADOS DE SALUD

Hombres	Nº		% sobre		Tasas		%
	anual		total		ajustadas		cambio
	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	Tasas
Enf. sist. osteom y tej. conjuntivo	13	12	0,5	0,5	4,3	3,4	-20,2
Enf. del riñón y del uréter	46	34	1,9	1,3	15,4	9,3	-39,5
Enf. de los genitales masculinos	1	1	0,0	0,0	0,2	0,3	48,5
Otras enf. del sistema genitourinario	4	7	0,2	0,3	1,3	1,9	52,3
Enf. del sistema genitourinario	51	43	2,1	1,6	16,9	11,6	-31,5
Afecciones orig. en el período perinatal	6	5	0,3	0,2	4,1	3,2	-21,2
Malformaciones congénitas del Sist. Nervioso	1	0	0,0	0,0	0,4	0,2	-44,3
Malformac. congénitas de Sis. Circulatorio	4	2	0,1	0,1	2,1	0,8	-62,5
Otras malform congénitas y anomalías cromosómicas	4	3	0,2	0,1	2,6	1,4	-45,6
Malformaciones congénitas	9	5	0,4	0,2	5,2	2,5	-52,4
Paro cardíaco y otra causa desconocida	10	22	0,4	0,8	3,8	6,2	63,1
Senilidad	17	15	0,7	0,6	6,3	4,4	-31,3
Muerte súbita infantil	2	1	0,1	0,0	1,3	0,5	-63,3
Resto de síntomas, signos y estados mal definidos	6	8	0,3	0,3	2,2	2,3	3,2
Causas mal definidas	36	46	1,5	1,8	13,7	13,3	-2,7
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	75	80	3,0	3,1	26,5	27,0	1,8
Otros accidentes de transporte	3	4	0,1	0,2	0,9	1,3	40,9
Caídas accidentales	11	16	0,5	0,6	4,1	5,0	23,5
Ahogamiento, sumersión y sofocación	6	10	0,3	0,4	2,2	3,4	51,9
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	2	2	0,1	0,1	0,6	0,5	-10,3
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas	12	9	0,5	0,4	3,9	3,0	-22,6
Otros envenenamientos accidentales	2	2	0,1	0,1	0,6	0,5	-5,7
Otros accidentes	20	13	0,8	0,5	7,4	4,6	-37,9
Suicidio y lesiones autoinfligidas	32	35	1,3	1,4	11,1	11,3	2,0
Agresiones (homicidios)	3	2	0,1	0,1	0,9	0,9	-3,6
Eventos de intención no determinada	0	1	0,0	0,0		0,2	
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	1	2	0,0	0,1	0,2	0,6	174,6
Otras causas externas y sus efectos tardíos	1	2	0,0	0,1	0,2	0,5	165,5
Causas externas de mortalidad	164	179	6,7	6,9	58,5	58,9	0,6
TOTAL	2.451	2.594			822,6	752,7	-8,5

**Tabla 2.** Mortalidad por grupos de causas en Navarra en el período 1991-2001. Número medio de defunciones al año, mortalidad proporcional, tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000 y porcentaje de cambio 1997-2001 versus 1991-96 en Navarra. Mujeres.

Mujeres	Nº		% sobre		Tasas		%
	anual		total		ajustadas		cambio
	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	Tasas
Enf. infecciosas intestinales	2	4	0,1	0,2	0,3	0,6	95,3
Tuberculosis y sus efectos tardíos	3	2	0,1	0,1	0,6	0,5	-26,0
Infecciones meningocócicas	1	1	0,0	0,1	0,5	0,7	40,6
Septicemia	10	16	0,5	0,7	2,2	2,5	10,1
Hepatitis vírica	2	1	0,1	0,1	0,4	0,3	-37,8
SIDA	11	4	0,5	0,2	3,7	1,3	-65,6
VIH (portador, evidencias de laboratorio...)	0	0	0,0	0,0	0,2	0,0	-100,0
Resto de enf. infecciosas y parasitarias	3	4	0,1	0,2	0,5	0,9	79,4
Enf. infecciosas y parasitarias	30	33	1,4	1,5	8,5	6,7	-21,1
TM del labio, de la cav. bucal y de la faringe	5	5	0,2	0,2	1,4	1,3	-7,9
TM del esófago	3	3	0,2	0,2	0,8	0,8	-7,4
TM del estómago	40	36	2,0	1,6	9,3	7,2	-22,5
TM del colon	45	54	2,2	2,4	10,4	11,0	5,3
TM del recto, rectosigmoide y ano	14	16	0,7	0,7	3,4	3,6	3,3
TM del hígado y vías biliares intrahepáticas	24	19	1,2	0,8	5,3	3,9	-27,3
TM del páncreas	24	33	1,2	1,5	5,7	6,7	18,2
Otros tumores malignos digestivos	27	26	1,3	1,2	6,0	5,4	-10,9
TM de la laringe	0	1	0,0	0,0	0,1	0,3	223,1
TM de la tráquea, bronquios y pulmón	18	26	0,9	1,1	4,8	6,9	43,1
Otros TM respiratorios e intratorácicos	3	4	0,1	0,2	0,9	1,1	20,8
TM del hueso y cartílagos articulares	1	2	0,1	0,1	0,4	0,5	52,4
Melanoma maligno de piel	5	5	0,2	0,2	1,4	1,3	-7,8
Otros tumores de la piel y tejidos blandos	3	7	0,2	0,3	0,8	1,4	88,0
TM de la mama	85	78	4,1	3,4	25,3	20,2	-20,2
TM del cuello del útero	4	3	0,2	0,2	1,1	0,9	-18,9
TM de otras partes del útero	19	16	0,9	0,7	4,6	3,7	-19,6
TM del ovario	19	23	0,9	1,0	5,6	6,2	11,1
Otros TM órg. genitales femeninos	5	6	0,2	0,3	1,1	1,2	15,7
TM del riñón, excepto pelvis renal	7	7	0,3	0,3	1,7	1,4	-18,9
TM de la vejiga	9	11	0,4	0,5	1,9	1,9	0,4
Otros TM de las vías urinarias	1	1	0,0	0,0	0,2	0,1	-46,4
TM del encéfalo	18	17	0,9	0,8	5,5	4,8	-12,4
Otros TM neurológicos y endocrinos	5	4	0,2	0,2	1,3	0,9	-28,6
TM de sitios mal definidos, secundarios, no especificadas	27	37	1,3	1,7	6,4	7,1	10,0
Otros TM tej. linfático órg. hematopoyéticos	29	28	1,4	1,2	7,4	6,0	-19,1
Leucemia	18	19	0,9	0,8	4,7	3,9	-16,4
Tumores benignos	2	5	0,1	0,2	0,5	0,9	85,6
Síndrome mielodisplásico	1	4	0,0	0,2	0,2	0,8	397,4
Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido	10	14	0,5	0,6	2,3	2,8	22,5
Tumores	469	511	22,8	22,5	120,3	114,0	-5,2
Enfermedades de la sangre y órg. hematopoyéticos	6	11	0,3	0,5	1,3	1,9	39,9

Mujeres	Nº		% sobre		Tasas		%
	anual		total		ajustadas		cambio
	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	Tasas
Diabetes mellitus	68	63	3,3	2,8	13,6	10,1	-25,8
Otras enf. endocrinas, nutric. y metabólicas	11	13	0,5	0,6	2,5	2,9	16,9
Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	78	76	3,8	3,4	16,1	13,0	-19,2
Trast. mentales orgánicos, senil y presenil	64	81	3,1	3,6	11,3	11,1	-1,9
Trast. mentales debidos al uso de alcohol	0	0	0,0	0,0	0,1	0,1	84,6
Trastornos mentales por uso de drogas (drogodependencias)	0	0	0,0	0,0	0,0	0,1	
Otros trast. mentales y del comportamiento	3	3	0,1	0,1	0,6	0,5	-7,9
Trast. mentales y del comportamiento	66	84	3,2	3,7	12,0	11,9	-1,0
Meningitis (otras en 003)	0	1	0,0	0,1	0,1	0,3	293,8
Enf. de Alzheimer	38	78	1,9	3,4	7,0	11,3	61,3
Otras enf. del Sist. Nervioso y órg. sentidos	30	33	1,4	1,5	8,1	6,8	-15,1
Enf. del Sistema Nervioso y órg. sentidos	68	112	3,3	4,9	15,1	18,4	21,7
Enf. cardíacas reumáticas crónicas	12	14	0,6	0,6	2,9	2,6	-12,5
Enf. hipertensivas	29	38	1,4	1,7	5,4	5,7	5,0
Infarto agudo de miocardio	126	139	6,1	6,1	25,7	22,9	-11,1
Otras enfermedades isquémicas del corazón	70	73	3,4	3,2	12,9	11,0	-14,7
Insuficiencia cardíaca	191	182	9,3	8,0	34,6	25,3	-26,7
Otras enfermedades del corazón	89	117	4,3	5,1	18,1	19,4	7,1
Enf. cerebrovasculares	269	257	13,1	11,4	51,8	39,3	-24,2
Aterosclerosis	54	24	2,6	1,0	9,6	3,3	-65,8
Otras enf. de los vasos sanguíneos	17	23	0,8	1,0	3,5	3,8	8,9
Enf. del sistema circulatorio	857	866	41,7	38,2	164,5	133,2	-19,0
Influenza (gripe)	5	6	0,2	0,2	0,9	0,9	-4,6
Neumonía	59	72	2,9	3,2	11,0	10,4	-4,9
Enf. crónicas vías resp. infer. (exc. asma)	53	49	2,6	2,2	10,3	7,7	-25,7
Asma	4	9	0,2	0,4	0,8	1,6	92,1
Insuficiencia respiratoria	6	19	0,3	0,8	1,0	2,7	157,7
Otras enfermedades del sistema respiratorio	53	82	2,6	3,6	10,3	12,6	21,8
Enf. del Sistema Respiratorio	180	236	8,7	10,4	34,4	35,9	4,2
Úlcera de estómago, duodeno y yeyuno	4	5	0,2	0,2	0,9	0,7	-23,0
Enteritis y colitis no infecciosas	1	1	0,1	0,1	0,2	0,2	-6,4
Enf. vascular intestinal	16	19	0,8	0,8	3,1	3,0	-1,3
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	13	13	0,6	0,6	3,6	3,0	-15,2
Otras enfermedades del sistema digestivo	54	69	2,6	3,0	10,3	10,9	6,3
Enf. del sistema digestivo	88	106	4,3	4,7	18,0	17,9	-0,9
Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	6	12	0,3	0,5	1,0	1,6	56,5
Artritis reumatoide y osteoartritis	3	3	0,1	0,1	0,7	0,5	-22,7
Osteoporosis y fractura patológica	28	26	1,3	1,2	4,9	3,6	-26,6
Otras enf. sist. osteomuscular y del tej. conj.	3	7	0,2	0,3	0,9	1,5	67,3
Enf. sist. osteom. y tej. conjuntivo	34	36	1,6	1,6	6,4	5,6	-13,2
Enf. del riñón y del uréter	42	35	2,0	1,5	8,7	5,9	-32,3
Enf. genitales femeninos y trast. de mama	0	1	0,0	0,0	0,0	0,1	214,1
Otras enf. del sistema genitourinario	6	6	0,3	0,3	1,2	0,9	-25,7
Enf. del sistema genitourinario	48	42	2,3	1,8	9,9	6,9	-30,7
Embarazo, parto y puerperio	0	0	0,0	0,0	0,1	0,1	-0,2
Afecciones originadas en el período perinatal	6	3	0,3	0,1	4,4	1,7	-62,3
Malformac. congénitas del Sistema Nervioso	2	0	0,1	0,0	0,9	0,2	-72,4

## DEPARTAMENTO DE SALUD

Mujeres	Nº anual total		% sobre ajustadas		Tasas ajustadas		% cambio
	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	tasas
Malform. congénitas del sist. circulatorio	4	3	0,2	0,1	2,3	1,7	-27,5
Otras malform. congénitas y anom. cromosómicas	4	4	0,2	0,2	2,2	1,9	-16,2
Malformaciones congénitas	9	7	0,5	0,3	5,4	3,8	-30,1
Paro cardíaco y otra causa desconocida	10	30	0,5	1,3	2,3	4,4	96,9
Senilidad	34	36	1,6	1,6	6,0	4,8	-20,3
Muerte súbita infantil	2	1	0,1	0,0	1,2	0,4	-67,0
Resto de síntomas, signos mal definidos	9	11	0,4	0,5	1,8	1,5	-16,3
Causas mal definidas	54	77	2,6	3,4	11,3	11,1	-1,0
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	25	20	1,2	0,9	8,4	6,5	-22,7
Otros accidentes de transporte	1	1	0,0	0,1	0,2	0,4	105,5
Caídas accidentales	8	10	0,4	0,5	1,5	1,8	17,8
Ahogamiento, sumersión y sofocación	2	3	0,1	0,1	0,7	0,7	0,1
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	2	2	0,1	0,1	0,5	0,4	-23,4
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas	1	1	0,0	0,0	0,3	0,4	1,3
Otros envenenamientos accidentales	1	0	0,0	0,0	0,2	0,1	-74,9
Otros accidentes	4	2	0,2	0,1	1,1	0,4	-63,0
Suicidio y lesiones autoinfligidas	12	9	0,6	0,4	3,7	2,9	-22,5
Agresiones (homicidios)	1	1	0,1	0,1	0,4	0,3	-19,8
Eventos de intención no determinada	0	0	0,0	0,0	0,1	0,1	54,9
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	1	2	0,1	0,1	0,3	0,5	76,1
Otras causas externas y sus efectos tardíos	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Causas externas de mortalidad	58	52	2,8	2,3	17,4	14,3	-17,5
Total	2.057	2.265			446,9	398,7	-10,8

**Tabla 3.** Tasas estandarizadas de años potenciales de vida perdidos (tasa-apvp) y proporcional de la tasaeapvp. Tasas estandarizadas por edad por población europea por 100.000 habit. Relación de las 20 causas en orden decreciente según la importancia relativa de la tasa estandarizada de mortalidad.

<b>HOMBRES</b>	<b>1991-96</b>	<b>1997-2001</b>	<b>% cambio 97-01 vs 91-96</b>	<b>% Total 1997-2001</b>
Total	6.032,7	4.834,1	-19,9	
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	815,7	783,4	-4,0	16,2
TM de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	377,0	396,4	5,2	8,2
Infarto agudo de miocardio	359,0	371,4	3,5	7,7
Suicidio y lesiones autoinfligidas	238,7	278,3	16,6	5,8
Afecciones del periodo perinatal	307,3	242,7	-21,0	5,0
SIDA	434,7	124,6	-71,3	2,6
Otras enfermedades del corazón	94,6	118,9	25,6	2,5
Envenenam. accidental por psicofármacos y drogas de abuso	165,3	117,9	-28,7	2,4
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	139,1	108,6	-21,9	2,2
Otras enfermedades del Sistema Nervioso y órg. de los sentidos	131,6	105,7	-19,7	2,2
TM del encéfalo	95,0	99,9	5,2	2,1
Otros accidentes	185,1	99,0	-46,5	2,0
Otras malform. congénitas y anom. cromosómicas	178,5	91,8	-48,6	1,9
Caídas accidentales	72,3	85,3	17,9	1,8
TM del estómago	145,0	81,9	-43,5	1,7
TM de la laringe	86,5	80,4	-7,1	1,7
TM del colon	89,8	80,0	-10,9	1,7
Enf. cerebrovasculares	148,2	77,5	-47,7	1,6
TM del páncreas	63,8	65,7	3,0	1,4
Leucemia	98,7	60,9	-38,3	1,3
TM del esófago	72,3	60,6	-16,1	1,3
TM del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	77,1	60,0	-22,1	1,2
Otros TM del tejido linfático, de los órganos	73,6	57,9	-21,3	1,2
TM de sitios mal definidos secund., y de sit. no especificados	62,1	55,4	-10,9	1,1
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	145,4	51,3	-64,7	1,1
Ahogamiento, sumersión y sofocación	67,0	51,1	-23,8	1,1
Otras enfermedades del sistema respiratorio	83,2	50,3	-39,5	1,0
TM del hígado y vías biliares intrahepáticas	52,2	48,1	-7,7	1,0
Otras enfermedades isquémicas del corazón	33,5	47,6	41,9	1,0
TM de la vejiga	38,3	44,3	15,5	0,9
Neumonía	34,7	39,4	13,6	0,8

## DEPARTAMENTO DE SALUD

<b>MUJERES</b>	<b>1991-96</b>	<b>1997-2001</b>	<b>% cambio 97-01 vs 91-96</b>	<b>% Total 1997-2001</b>
Total	3.074,6	2.240,5	-27,1	
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	248,1	224,0	-9,7	10,0
TM de la mama	264,3	219,2	-17,1	9,8
Afecciones del período perinatal	329,9	124,2	-62,3	5,5
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	151,5	120,9	-20,2	5,4
Otras malform. congénitas y anom. cromosómicas	145,0	108,0	-25,5	4,8
Otras enf. del Sistema Nervioso y órganos sentidos	111,4	72,5	-35,0	3,2
TM de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	43,0	69,6	61,7	3,1
Suicidio y lesiones autoinfligidas	97,5	62,2	-36,2	2,8
SIDA	153,9	56,2	-63,5	2,5
TM del encéfalo	67,0	55,7	-16,9	2,5
TM del colon	48,5	55,1	13,7	2,5
Enf. cerebrovasculares	100,6	51,3	-49,0	2,3
Otras enfermedades del corazón	57,3	51,1	-10,7	2,3
Otras enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	30,6	50,5	64,8	2,3
TM del ovario	58,0	46,8	-19,2	2,1
Infarto agudo de miocardio	49,9	43,0	-13,8	1,9
Infecciones meningocócicas	34,4	42,2	22,7	1,9
Otros TM del tejido linfático, de los órganos	49,3	36,2	-26,6	1,6
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	32,0	34,2	7,0	1,5
Leucemia	59,7	33,7	-43,6	1,5
Otros TM digestivos	26,0	29,9	15,1	1,3
TM del estómago	63,9	29,9	-53,1	1,3
Muerte súbita infantil	86,6	28,5	-67,1	1,3
TM de otras partes del útero	19,2	26,8	39,6	1,2
Otros tumores comportamiento incierto o desconoc.	15,4	25,9	68,3	1,2
TM del recto, de la porción rectosigmoide y ano	21,5	25,0	16,6	1,1
Otras enfermedades del sistema respiratorio	20,5	24,2	17,7	1,1
TM del páncreas	21,9	23,9	8,9	1,1
TM de sitios mal definidos, secundarios y de sit. no especificado	32,4	21,5	-33,4	1,0
Otras enfermedades del sistema digestivo	12,6	21,3	69,4	1,0
Enf. crónicas vías respiratorias inferior (exc. asma)	18,9	21,1	11,1	0,9

## SALUD PERCIBIDA Y DISCAPACIDAD

*Idoia Gaminde Inda\**

### SALUD PERCIBIDA

Según la información de la Encuesta de Condiciones de Vida de la Población de Navarra realizada por el IEN en 2003, un 74% de la población considera su estado de salud en los doce meses anteriores a la entrevista ha sido bueno; 20% regular, y un 6% malo. No se han producido cambios significativos en el último decenio (Tabla 139).

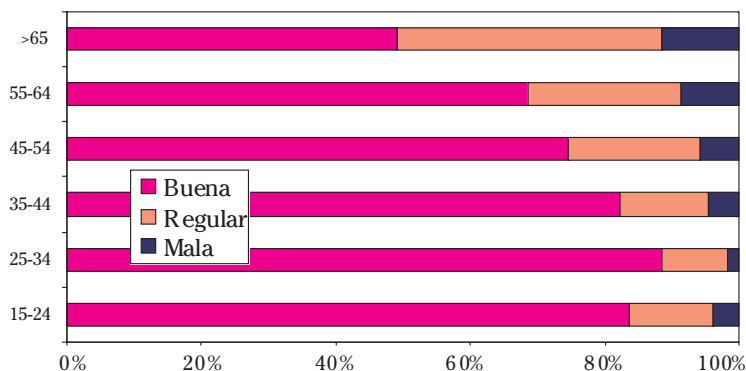
**Tabla 139.** Percepción del estado de salud en los últimos 12 meses en la Encuesta de Salud 1991 y 2000 y Encuesta de Condiciones de vida 2001 y 2003.

	<b>Encuesta 1991</b> % [IC 95%]	<b>Encuesta 2000</b> % [IC 95%]	<b>Encuesta 2001</b> % [IC 95%]	<b>Encuesta 2003</b> % [IC 95%]
Bueno	74% [72 a 76]	77% [74 a 79]	74% [72 a 76]	74%
Regular	21% [19 a 23]	19% [17 a 21]	20% [18 a 22]	20%
Malo	5% [ 4 a 6]	4% [ 3 a 5]	6% [5 a 7]	6%
Total	100	100	100	100

Fuente: IEN, Encuesta de Condiciones de Vida, 2001 y 2003 y Encuesta de Salud de Navarra 1991 y 2000.

La percepción del estado de salud presenta un gradiente por edad, con una percepción peor a medida que aumenta la edad; en las personas mayores de 65 años, 11 de cada 100 personas considera su salud como mala, frente a un 3% de las personas entre 15 y 24 años (Fig. 105).

\* Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.



**Figura 105.** Percepción del estado de salud en los últimos 12 meses por edad. Navarra 2003.

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2003. IEN.

Si atendemos a la distribución de la percepción de la salud por edad y género, se ve que en prácticamente todos los grupos de edad excepto el de 45-64 años la percepción de la salud es significativamente peor en las mujeres (Tabla 140).

**Tabla 140.** Distribución en porcentaje de la percepción del estado de salud por edad y sexo. Navarra 2003.

		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Total
Hombre	Buena	89,9	91,1	85,9	72,7	75,8	52,2	78,2
	Regular	5,8	7,2	9,9	20,8	16,2	40,2	16,6
	Mala	4,3	1,7	4,1	6,5	8,0	7,7	5,1
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mujer	Buena	77,1	85,7	78,2	76,8	61,6	46,9	69,9
	Regular	19,6	12,4	16,6	18,1	29,0	38,7	23,1
	Mala	3,3	1,9	5,2	5,1	9,4	14,4	7,0
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

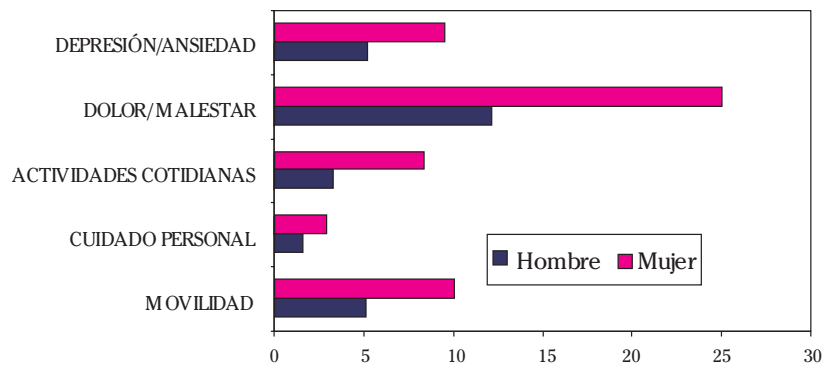
Fuente: IEN, Encuesta de condiciones de vida, 2003.

Los problemas de salud<sup>1</sup> que afectan a más personas en Navarra son por este orden, el dolor o malestar (19%), los problemas de movilidad

<sup>1</sup> Los problemas de salud se miden utilizando el instrumento de Calidad de Vida relacionada con la Salud denominado Euroqol-5d. Mide cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión con una escala de 3 ítems en función de la intensidad del problema.

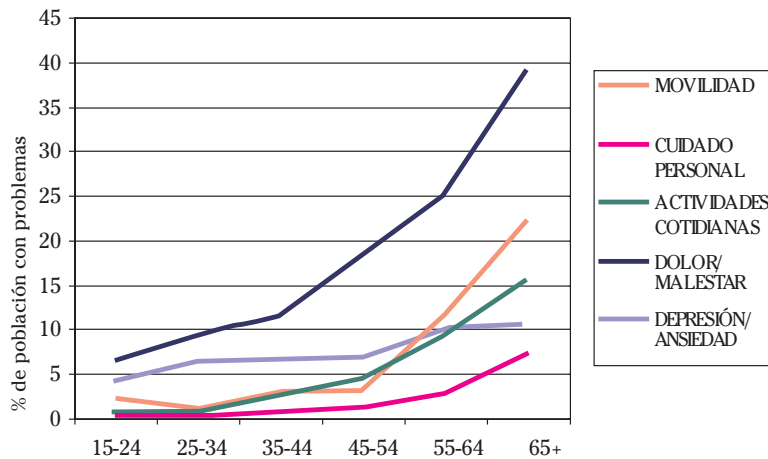


y la depresión o ansiedad (8% cada uno de ellos), actividades cotidianas (6%) y finalmente el cuidado personal (2,3%). En todos ellos es notable una mayor prevalencia de problemas en mujeres, pero sobre todo la distancia mayor se produce en la dimensión de dolor/malestar, donde la prevalencia en mujeres es del doble que en hombres (25% frente a 12%). (Fig. 107). El número de personas con problemas aumenta con la edad, excepto en la depresión o ansiedad donde no se advierte de manera tan clara la relación con la edad (Fig. 107).



**Figura 106.** Prevalencia de problemas de salud (EQ-5D) por género. Navarra 2003.

Fuente: IEN, Encuesta de Condiciones de Vida 2003. IEN.



**Figura 107.** Población que tiene problemas de salud por dimensión y edad (%). Navarra 2003.

Fuente: IEN, Encuesta de Condiciones de Vida 2003. IEN.

## LA DISCAPACIDAD EN NAVARRA

La información procede de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) realizada por el INE en 1999. Los conceptos empleados en la EDDES aluden a las discapacidades y a las deficiencias como dimensiones distintas de la misma realidad. Las primeras quedan referidas a “toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas. Las deficiencias aluden a las anomalías de los órganos o de las funciones propias de los órganos, que den lugar a una o varias discapacidades”. En la tabla 1 del Anexo se presenta un resumen de la metodología utilizada.

Se presentan datos de Navarra, excepto en algunas cuestiones en las que la imprecisión de los valores impide describir correctamente la situación. En estos casos se utilizarán datos relativos al total de España.

En Navarra, alrededor de 40.000 [IC 95% 32.717 a 48.033] personas mayores de 6 años relata alguna discapacidad, esto supone un 8% [6,6% a 9,7%] de la población total (Tabla 141).

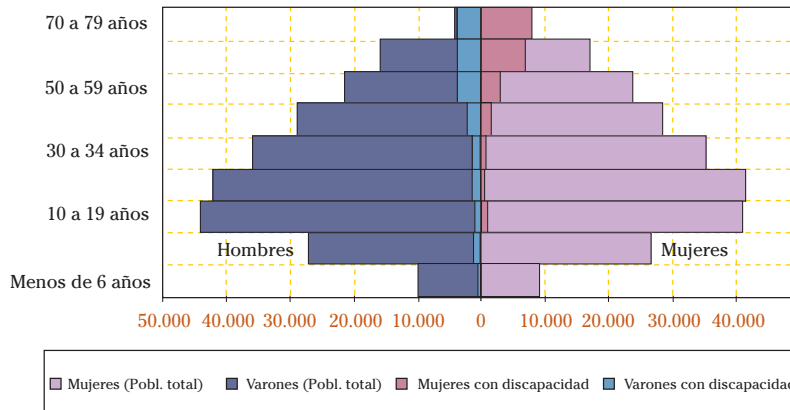
**Tabla 141.** Personas con discapacidades y prevalencia en tantos por mil por edad y sexo. Navarra, 1999.

	Número			Tasas por 1.000 habitantes		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
6 a 44 años	4.178	2.157	6.336	28,55	15,53	22,21
45 a 64 años	4.915	3.000	7.916	79,86	50,29	65,31
65 a 69 años	2.059	1.754	3.813	160,53	126,93	143,1
70 a 74 años	1.602	3.657	5.260	144,16	282,28	218,51
75 a 79 años	1.928	3.433	5.361	238,48	316,71	283,29
80 a 84 años	1.532	3.269	4.800	357,35	440,86	410,26
85 y más años	2.166	4.724	6.890	714,04	736,55	729,32
Total	18.380	21.994	40.376			

Fuente: EDDES, INE.

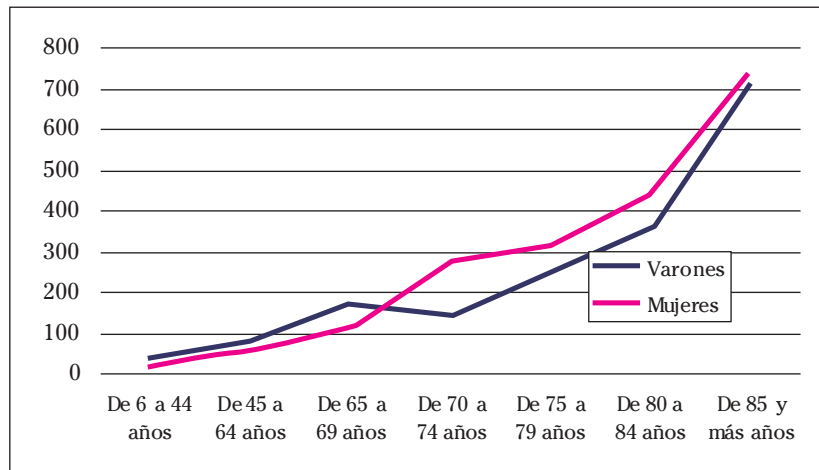
En números absolutos, hay más mujeres con discapacidad que hombres. Un 46% de las aproximadamente 40.000 personas con discapacidad son hombres y un 54% mujeres. Sin embargo, esta relación está asociada con la edad. En las personas mayores, la prevalencia es mayor en mujeres, con un 23,6% de los varones discapacitados [17,8% a 29,4%] fren-

te a un 32,7% de las mujeres [26,9% a 38,4%]. En las personas entre 6 y 64 años de edad esta relación cambia, donde hay un 4,4% [3,3% a 5,5%] de varones con discapacidad frente a un 2,6% [1,7% a 3,5%] de mujeres (Figs. 108 y 109).



**Figura 108.** Pirámide de población con discapacidad y de la población en Navarra, 1999.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Avance de Resultados. Datos básicos.



**Figura 109.** Tasas específicas de discapacidad por edad y sexo por mil habitantes. Navarra, 1999.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Avance de resultados. Datos básicos.

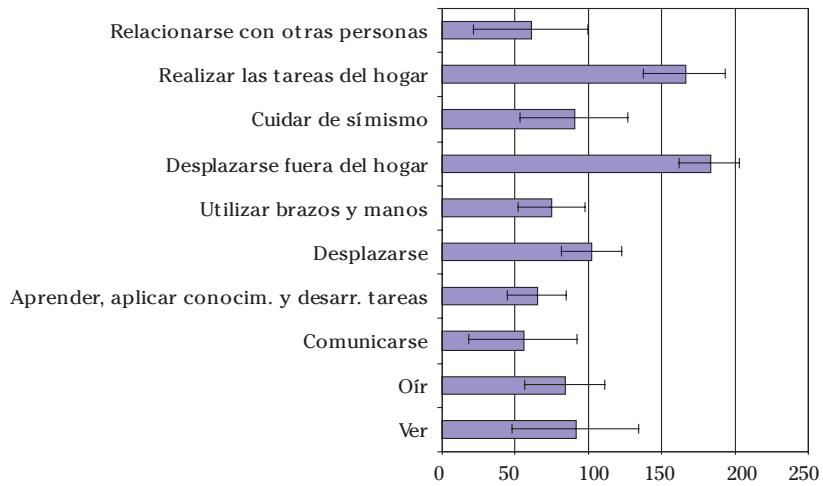
La **prevalencia** creciente de la discapacidad conforme avanza la edad se debe, al menos, a dos factores complementarios. Por una parte, al hecho de que haber vivido más años supone haber estado más tiempo expuesto a riesgos que pueden haberse concretado en una discapacidad. Por otras, a un incremento, que no sería exagerado clasificar de espectacular, de la esperanza de vida de las personas que han adquirido la discapacidad en las etapas tempranas de la vida.

El envejecimiento de la población con discapacidad supone la aparición de nuevas necesidades sociales y obliga a replantear los dispositivos de atención existentes. Pensemos, tan sólo, en que políticas de una gran tradición y calado, como las de atención temprana, integración escolar e integración laboral, se dirigen, consideradas en su conjunto, a apenas un 35% del total de la población con discapacidad, mientras que otras políticas, como las relacionadas con la provisión de cuidados de larga duración para quienes necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, cuya creciente población objetivo se concentra mayoritariamente (aunque no únicamente) entre las personas de edad más avanzada, están aún infradesarrolladas.

Un 2% de las personas entre 6 y 64 años, y un 20% de los mayores de 65 años tienen alguna **discapacidad para las actividades de la vida diaria** (AVD). No pueden cambiar las posiciones de su cuerpo, levantarse y acostarse, moverse dentro de su casa, asearse y comer, entre otras actividades, por sí mismas, y que por lo tanto necesitan ayuda. En las personas menores de 65 años no hay diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, entre los mayores de 65 años, el problema es mayor entre las mujeres (un 24% de ellas frente a un 18%). Más de dos terceras partes de las personas con alguna discapacidad en las AVD tienen alguna discapacidad severa o total para las AVD (78% de los menores de 65 años y 79% de los mayores de 65 años).

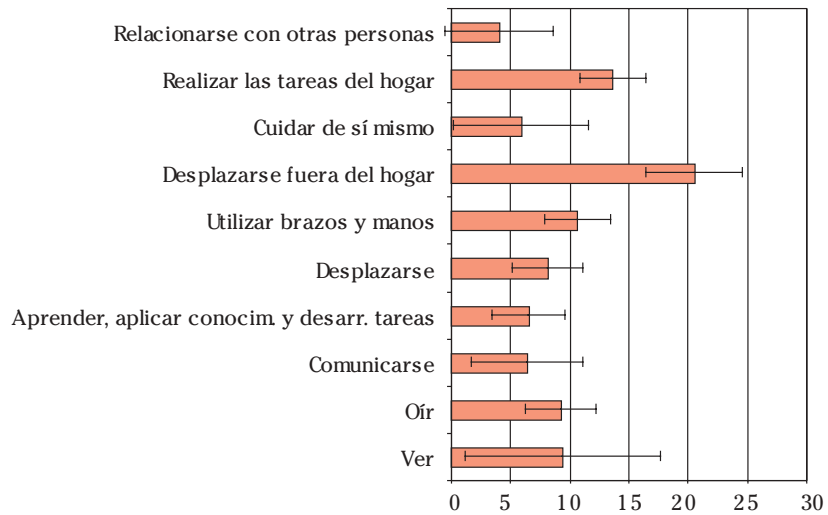
Con respecto a **actividades concretas** en las personas menores de 65 años, la discapacidad más prevalente es la de “desplazarse fuera del hogar” tanto en hombres como en mujeres (25 por mil en los varones y 24 por mil en mujeres), seguido de la realización de las tareas del hogar (20 por mil de las mujeres y 14 de los varones) –éste es el tipo de dificultad en el que mayores diferencias hay entre sexos–. En tercer lugar, se encuentra la utilización de brazos y manos (16 por mil en mujeres y 14 en varones). No hay diferencias significativas por grupo de discapacidad entre hombres y mujeres (Figura 110).

En los mayores de 65 años, el orden el grupo de discapacidad más prevalente es el mismo que en los menores de 65 años. Desplazarse fuera del hogar afecta a 209 por mil mujeres y 150 por mil de los varones. Es seguido por la realización de las tareas del hogar, 181 por mil mujeres y 147 por mil hombres. No hay diferencias por género (Figura 111).



**Figura 110.** Tasas (IC 95%) por grupo de discapacidad en personas mayores de 65 años por mil habitantes. Navarra 1999.

Fuente: INE, EDDDES 1999.



**Figura 111.** Tasas (IC 95%) por grupo de discapacidad en personas de 6 a 64 años por mil habitantes. Navarra 1999.

Fuente: INE, EDDDES 1999

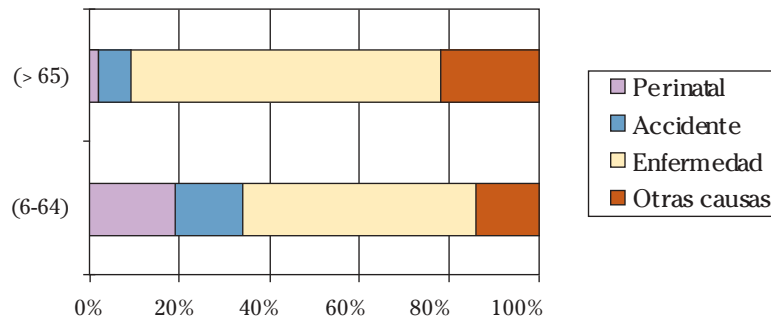
La mayoría de las discapacidades relatadas son de **carácter grave o total**, –un 72% de las discapacidades de los varones y un 78% de las de las mujeres–. El 100% de varones y mujeres con aprendizaje, aplicar conocimientos y desarrollo, el 100% de las mujeres con discapacidad en la comunicación y el 100% de las mujeres con problemas para relacionarse con otras personas consideran que ésta es de carácter grave o total. Las más leves son oír y ver, que son consideradas como graves o totales en un 70% de los varones y mujeres, aunque en estas últimas los problemas de visión grave o total son de un 84%.

Hay una promedio de 3 discapacidades diferentes por persona. Este promedio de discapacidades diferentes aumenta con la edad de un promedio de 2,9 en las personas de 6-64 años hasta 4,7 en los mayores de 85 años.

## DEFICIENCIA Y DISCAPACIDAD

Las deficiencias osteoarticulares son la primera causa de discapacidad en la población navarra en mayores de 65 años. En concreto, a ellas se deben más de la cuarta parte de las discapacidades registradas. Les siguen en importancia las deficiencias auditivas, que causan el 18% y las visuales el 14%. Las deficiencias mentales y el grupo de “otras deficiencias” (en el que se incluyen las deficiencias múltiples y las no clasificadas en otros apartados) originan, cada una de ellas, alrededor del 11% de las discapacidades. Menor incidencia cuantitativa tienen las deficiencias viscerales y las del sistema nervioso (que causan cada una de ellas alrededor del 9% de las discapacidades), y las del lenguaje, habla y voz (poco más del 1% de las discapacidades).

En España el peso mayor del **origen de las deficiencias** se centra en la enfermedad, un 53% de las deficiencias en las personas entre 6 y 64 años, y un 69% en los mayores de 65 años se deben a la enfermedad (Fig. 112). Las causas perinatales (sobre todo por problemas congénitos) tienen más peso en la población entre 6 y 64 años, pues a esta causa se deben un 19% de las deficiencias; en los mayores de 65, el peso es de un 2%. Hay que señalar que la accidentabilidad es el origen del 14% de las deficiencias en las personas entre 6 y 64 años, esta accidentabilidad es sobre todo laboral (38 de cada 100 accidentes en esta población son de carácter laboral, 23 de cada 100 de tráfico, 12 de cada 100 domésticos, y 11 de cada 100 de ocio). En los mayores de 65 años los accidentes son la causa del 7% de las deficiencias. En este grupo de población no sólo el peso de los accidentes es menor (7%), sino que su distribución también es diferente; 28 de cada 100 son domésticos, 25 de carácter laboral, 14 de cada 100 de tráfico y 8 de cada 100 de ocio.



**Figura 112.** Causas de las deficiencias por grupos de edad. España 1999.

Fuente: INE, EDDDES 1999

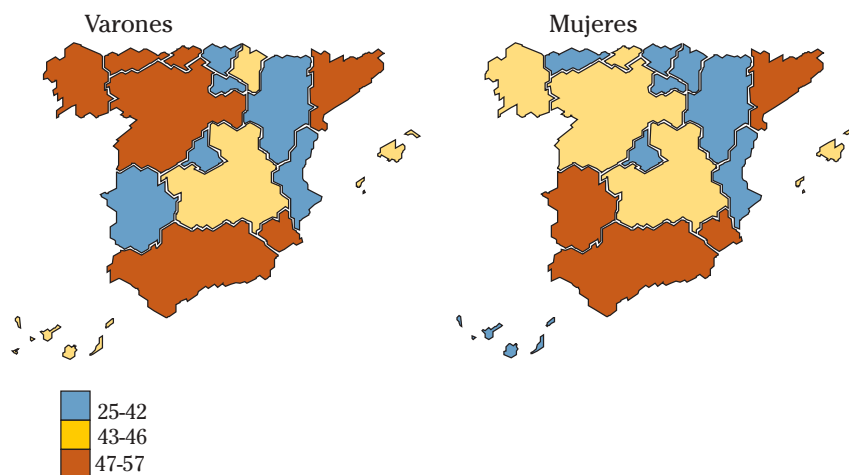
La mitad de la población con discapacidad no ha necesitado ningún tipo de **servicio social o sanitario**. El 42% que lo ha necesitado lo ha recibido, pero queda un remanente de un 6% (2.724 personas) que habiéndolo necesitado no lo ha recibido. Este dato de necesidad y no recepción es similar al del total de España.

No se sabe cuantas personas se quedan **sin ayudas**. Sólo se conoce la distribución de los que dicen recibirla. En la encuesta se han considerado tres tipos de ayudas: ayudas técnicas, asistencia personal y la mezcla de ambas. Un 70% de las ayudas son de asistencia personal, ver y oír reciben solo ayudas de tipo técnico, relacionarse con otras personas sólo de tipo personal, y aprender, cuidar de sí mismo y realizar las tareas del hogar reciben fundamentalmente ayuda personal. Un 57% de las personas con discapacidad reciben ayudas de asistencia personal, 51% de los varones y 63% de las mujeres. De estas personas que reciben ayuda, un 30% la recibe más de 40 horas a la semana, un 7% de 31 a 40 horas, un 17% de 15 a 30, un 14% de 7 a 14, y un 28% menos de 7 horas.

Un 40% de las personas entre 6 y 64 años recibe ayuda de la madre, seguido del cónyuge con un 24%, un 3% recibe ayuda de los servicios sociales. En los mayores de 65 años la ayuda personal se recibe fundamentalmente de la hija (36%), cónyuge (25%), descendiendo a otros parientes (11%). Por último, hay que señalar que un 5% recibía ayuda de los servicios sociales.

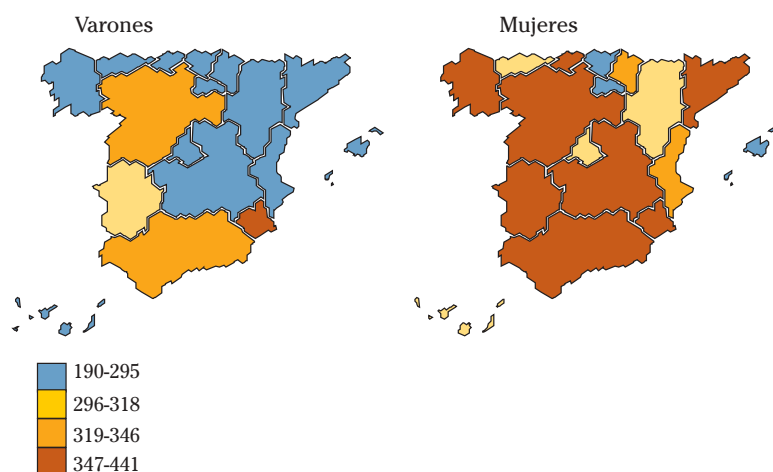
Navarra se encuentra entre las comunidades autónomas con menores tasas de discapacidad. Castilla y León, Murcia, Andalucía y Galicia son las comunidades autónomas con mayor tasa de discapacidad. La prevalencia no es homogénea en el territorio español. Las comunidades autónomas de Castilla y León, Murcia, Andalucía y Galicia presentan unas tasas significativamente superiores a la media nacional, mientras que en La Rio-

ja, Canarias, País Vasco, Baleares, Madrid y Navarra las tasas son sensiblemente inferiores a la media. En el resto de las comunidades autónomas, las diferencias respecto a la media son poco significativas. (Figs. 113 y 114, y Tabla 142).



**Figura 113.** Tasas de discapacidad por Comunidad Autónoma y sexo, en personas entre 6 y 64 años (tasas por mil).

Fuente: INE, EDDDES 1999.



**Figura 114.** Tasas de discapacidad por Comunidad Autónoma y sexo, mayores de 65 años (tasas por mil).

Fuente: INE, EDDDES 1999.



**Tabla 142.** Frecuencia y tasas de discapacidad por CCAA. España 1999.

Comunidades autónomas	Personas de 6 a 64 años con discapacidades	Tasa por 1.000 habitantes	Personas de 65 y más años con discapacidades	Tasa por 1.000 habitantes
Melilla	3.481	69,3	3.227	426,0
Murcia (Región de)	48.701	55,9	62.558	404,9
Andalucía	319.994	56,3	388.837	394,4
Castilla y León	84.213	46,2	191.087	372,7
Extremadura	35.102	43,3	67.189	357,3
Castilla - La Mancha	57.015	45,0	107.881	339,6
Cataluña	224.960	47,8	339.553	328,6
Galicia	103.570	50,5	168.620	324,3
Cantabria	18.402	45,6	29.748	315,3
Ceuta	2.865	49,5	2.604	303,6
Comunidad Valenciana	124.921	40,3	187.954	300,5
Asturias (Principado de)	37.227	46,8	63.776	299,8
<b>Navarra</b>	<b>14.251</b>	<b>35,1</b>	<b>26.124</b>	<b>287,8</b>
Canarias	54.394	40,9	51.891	272,2
Aragón	31.499	36,6	64.548	268,2
Madrid (Comunidad de)	149.996	37,6	197.804	263,2
Baleares (Islas)	27.265	45,9	29.684	259,6
País Vasco	62.908	39,1	80.693	239,2
Rioja (La)	5.226	26,5	8.877	183,3
TOTAL	1.405.992	45,9	2.072.652	322,1

Fuente: EDDDES, INE.

La comparación con otros países de la UE se ve dificultada por la falta de un concepto homogéneo de discapacidad. Las diferencias en los resultados (con tasas de discapacidad que oscilan entre un 6,6 por 100 en Italia y un 32,4 en Finlandia) permiten afirmar que la percepción de la discapacidad, y, en concreto, el umbral de gravedad a partir del cual se considera que una persona tiene una discapacidad, difiere mucho de unos países a otros.

### ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD

Las esperanzas de salud proporcionan un medio de dividir la esperanza de vida en fracciones vividas en distintas situaciones: por ejemplo en buena y mala salud. Estas medidas representan el creciente interés en la obtención de indicadores de calidad de vida en lugar de exclusivamente indicadores de cantidad como es el caso de la esperanza de vida. Las esperanzas de salud extienden e incorporan al concepto de esperanza de vida los de morbilidad y discapacidad. El cálculo de las esperanzas de salud,

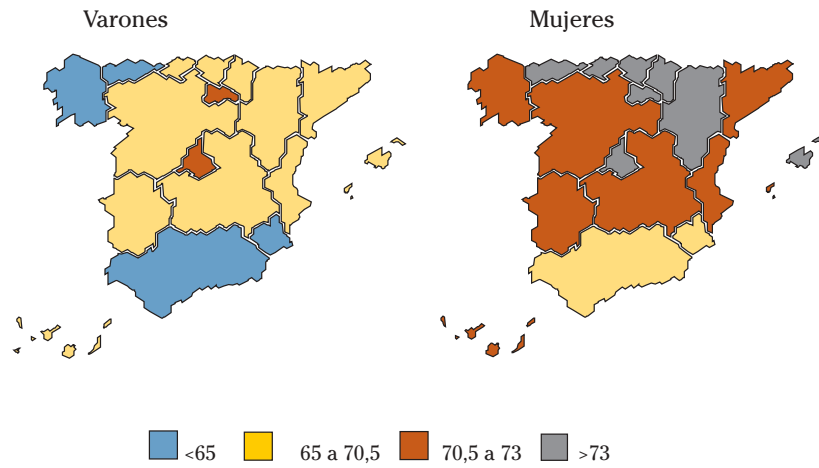
en particular la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), se desarrolló para abordar la cuestión de si el incremento en la esperanza de vida iba acompañado de un aumento del tiempo vivido en mala salud.

Debido al hecho de que una esperanza de salud es una combinación de esperanza de vida y un concepto de salud, hay tantas esperanzas como conceptos de salud. A partir del modelo inicial para el cálculo de la EVLD se han propuesto muchas mejoras que amplían la información disponible sobre la salud de una población. Así, se pueden calcular indicadores como esperanza de vida “en buena salud percibida”, de acuerdo a la definición de salud de la OMS; esperanza de vida libre de enfermedades crónicas, etc.

Para estudiar la EVLD en Navarra se ha optado por utilizar la información que permite comparar la EVLD entre todas las CCAA españolas, por lo que se ha utilizado el índice ya elaborado por el INE con los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

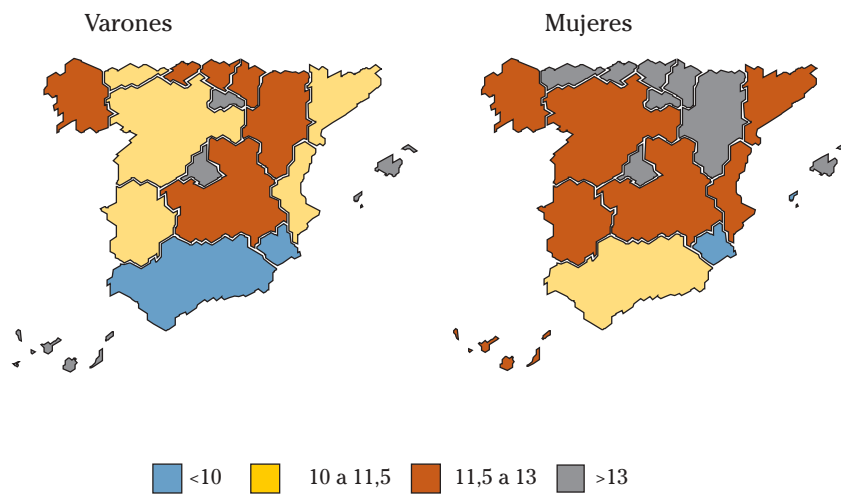
Las comunidades autónomas que presentan las esperanzas de vida libre de discapacidad al nacimiento más elevadas en los hombres son La Rioja y Madrid, 71,59 y 71,06 años respectivamente. Diez comunidades se sitúan por debajo de 68,52 años, la media nacional. De ellas, sólo cuatro presentan esperanzas de vida más de un año inferiores a la nacional: Andalucía, Murcia, Asturias y Ceuta, que varían desde 66,03 años en Andalucía y Murcia hasta 67,30 años en Ceuta. Aunque se aprecian diferencias geográficas en los datos correspondientes a los hombres, éstos presentan una variabilidad bastante inferior a la que se observa en las mujeres. Las mujeres viven mayor número de años sin discapacidad en La Rioja (76,75 años), Navarra (74,76 años), Madrid (74,70 años) y Aragón (74,58 años). Hay 8 comunidades autónomas con una EVLD inferior a la media nacional, 72,12 años. De ellas, las que presentan valores más bajos son Melilla (64,15 años), Murcia (68,75 años), Andalucía (68,98 años) y Ceuta (69,99 años). A partir de 65 años, los hombres de las comunidades de La Rioja y Madrid, vivirán casi dos años más sin discapacidad que la media nacional, que se sitúa en 11,39 años. Por el contrario, los hombres residentes en Murcia y Andalucía se espera que vivan 9,51 y 9,70 años respectivamente sin discapacidad. Las mujeres que se espera que vivan más años sin discapacidad a partir de los 65 son las residentes en La Rioja (16,44 años), País Vasco (14,46 años), Madrid (14,31 años) e Islas Baleares (14,15 años). Las comunidades en las que las mujeres tienen una EVLD más baja son Melilla (8,12 años), Murcia (9,95 años) y Andalucía (10,15 años), siendo la media nacional 12,39 años (Figs. 115 y 116).

La esperanza de vida buena salud (*Healthy Life Years*) al nacimiento en la UE-15 (Unión Europea) era, de media, para las mujeres 12 años menor que la esperanza de vida al nacer, y 17 años menor en los hombres.



**Figura 115.** Esperanza de vida libre de discapacidad al nacimiento por CCAA. España 1999.

Fuente: INE.



**Figura 116.** Esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años por CCAA. España 1999.

Fuente: INE.

Los datos calculados por Eurostat para el año 2003 muestran claras diferencias en la esperanza de vida sin discapacidad entre los estados miembros de la UE. En el año 2003 se estima que los hombres de la UE-15 vivan un 61% de su vida sin discapacidad. Los hombres de Chipre (76%), Bélgica (73%), Italia (71%), República Checa (68%) y España (68%) son los que van a vivir la mayor parte de sus vidas sin discapacidad. Se estima que las mujeres vivirán un 79% de sus vidas sin discapacidad. En Italia (89%), Polonia (88%), Chipre (86%), Grecia (85%), Austria (84%) y España (83%) las mujeres vivirán más de un 80% de sus vidas libre de discapacidad.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Encuesta de Condiciones de Vida 1999, 2001 y 2003. Instituto de Estadística de Navarra (IEN). <http://www.cfnavarra.es/estadistica/>
- Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. INE <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp418&O=inebase&N=&L=>
- Esperanzas de vida en salud, INE. <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf>
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Esperanza de Vida Sana (EVAS) [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf)
- Eurostat. Esperanza de vida sin Incapacidad. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/indicators/lifeyears\\_data\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/lifeyears_data_en.htm). [accedido el 22 de marzo de 2005.

## ANEXO

**Tabla 1.** Algunas características de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud INE 1999 (EDDES).

### A. Actividades básicas evaluadas en la EDDES

Para operativizar la definición de discapacidad asumida por la encuesta (“una limitación de la capacidad humana que hace imposible o dificulta gravemente la actividad normal de la persona”), se estableció un listado de actividades básicas que permitiera preguntar a los encuestados de 6 y más años cuál o cuáles de ellas era incapaz de o tenía dificultades para realizar. Esas actividades básicas se agrupan, a su vez, en categorías que se corresponden con los grupos de discapacidades sobre los que aporta información la encuesta. En la encuesta se han contemplado 36 actividades agrupadas en diez categorías, de acuerdo con el esquema siguiente:

- 1. Ver**
  - 1.1. Percibir cualquier imagen
  - 1.2. Realizar tareas visuales de conjunto
  - 1.3. Realizar tareas visuales de detalle
  - 1.4. Ver en condiciones de iluminación pobres, diferenciar colores, etc.
- 2. Oír**
  - 2.1. Recibir cualquier sonido
  - 2.2. Audición de sonidos fuertes
  - 2.3. Escuchar el habla
- 3. Comunicarse**
  - 3.1. Comunicarse a través del habla
  - 3.2. Comunicarse a través de lenguajes alternativos
  - 3.3. Comunicarse a través de gestos no signados
  - 3.4. Comunicarse a través de escritura-lectura convencional
- 4. Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas**
  - 4.1. Reconocer personas y objetos, y orientarse
  - 4.2. Recordar informaciones y episodios
  - 4.3. Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas
  - 4.4. Entender y ejecutar órdenes y/o tareas complejas
- 5. Desplazarse**
  - 5.1. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
  - 5.2. Levantarse, acostarse
  - 5.3. Desplazarse dentro del hogar
- 6. Utilizar brazos y manos**
  - 6.1. Trasladar objetos no muy pesados
  - 6.2. Utilizar utensilios y herramientas
  - 6.3. Manipular objetos pequeños con manos y dedos

- 6.4. Desplazarse fuera del hogar
- 6.5. Deambular sin medio de transporte
- 6.6. Desplazarse en transporte público
- 6.7. Conducir vehículo propio (entre 18 y 75 años)
- 7. Cuidar de sí mismo**
  - 7.1. Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto
  - 7.2. Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio
  - 7.3. Vestirse-desvestirse y arreglarse
  - 7.4. Comer y beber
- 8. Realizar las tareas del hogar** (mayores de 10 años)
  - 8.1. Hacer compras y controlar los suministros y servicios
  - 8.2. Cuidarse de las comidas
  - 8.3. Limpieza y cuidado de la ropa
  - 8.4. Limpieza y mantenimiento de la casa
  - 8.5. Cuidarse del bienestar del resto de la familia
- 9. Relacionarse con otras personas**
  - 9.1. Mantener relaciones de cariño con familiares
  - 9.2. Hacer nuevos amigos y mantener la amistad
  - 9.3. Relacionarse con compañeros, jefes, etc.

Obviamente, la elección de estas 36 actividades condiciona los resultados de la encuesta, pues si se hubieran elegido otras o si la lista hubiera sido más larga o más corta, las cifras globales de personas con discapacidad obtenidas a partir de la encuesta también habrían sido diferentes.

## **B. Deficiencias en el origen de las discapacidades.**

Las deficiencias que han dado origen a las discapacidades también se clasifican en tipos y categorías, de acuerdo con el siguiente esquema:

- 1. Deficiencias mentales**
  - 1.1. Retraso madurativo
  - 1.2. Retraso mental profundo y severo
  - 1.3. Retraso mental moderado
  - 1.4. Retraso mental leve y límite
  - 1.5. Demencias
  - 1.6. Otros trastornos mentales
- 2. Deficiencias visuales**
  - 2.1. Ceguera total
  - 2.2. Mala visión
- 3. Deficiencias del oído**
  - 3.1. Sordera prelocutiva
  - 3.2. Sordera postlocutiva
  - 3.3. Mala audición
  - 3.4. Trastornos del equilibrio
- 4. Deficiencias del lenguaje, habla y voz**
  - 4.1. Mudez (no por sordera)
  - 4.2. Habla dificultosa o incomprendible
- 5. Deficiencias osteoarticulares**
  - 5.1. Cabeza
  - 5.2. Columna vertebral
  - 5.3. Extremidades superiores
  - 5.4. Extremidades inferiores
- 6. Deficiencias del sistema nervioso**
  - 6.1. Parálisis de una extremidad superior
  - 6.2. Parálisis de una extremidad inferior
  - 6.3. Paraplejía
  - 6.4. Tetraplejía

- |   |   |
|---|---|
| 6.5. Trastornos de la coordinación de movimientos | 7.5. Sistema endocrino-metabólico                 |
| 6.6. Otras deficiencias del sistema nervioso      | 7.6. Sistema hematopoyético y sistema inmunitario |
| <b>7. Deficiencias viscerales</b>                 | <b>8. Otras deficiencias</b>                      |
| 7.1. Aparato respiratorio                         | 8.1. Piel   |
| 7.2. Aparato cardiovascular                       | 8.2. Deficiencias múltiples                       |
| 7.3. Aparato digestivo                            | 8.3. Deficiencias no clasificadas en otra parte   |
| 7.4. Aparato genitourinario                       |   |

### C. Ficha Técnica de la EDDDES

**Ámbito temporal:** La recogida de la información tuvo lugar durante el 2º trimestre de 1999.

**Tipo de muestreo:** La Encuesta va dirigida a la población que reside en viviendas familiares por lo que el diseño que se utiliza es el de la Encuesta General de Población, con un tamaño de muestra que permite alcanzar los objetivos de la investigación.

El tipo de muestreo que se ha utilizado ha sido un muestreo bietápico estratificado, en el que las unidades de primera etapa son las secciones censales y las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares. En cada vivienda se investiga a toda la población residente en la misma, con objeto de identificar a aquellas personas que tienen alguna discapacidad. Para la cumplimentación del cuestionario de salud se selecciona una persona aleatoriamente dentro del hogar.

**Tamaño de la muestra. Afijación.** Para alcanzar los objetivos de facilitar datos a nivel nacional y provincial con un cierto grado de fiabilidad, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la anterior Encuesta, se ha fijado un tamaño muestral de 80.000 viviendas familiares, distribuidas en 3.000 secciones censales.

La muestra de secciones se distribuye entre provincias, asignando una parte uniformemente y el resto de manera proporcional al tamaño de la provincia. La distribución entre estratos se ha hecho proporcional al tamaño del estrato, pero potenciando los estratos que contienen municipios de mayor tamaño, ya que en ellos cabe esperar una mayor variabilidad en el comportamiento de la población. En Navarra se han seleccionado 30 secciones censales, el tamaño de muestra final ha sido de 7.143 sujetos.

**Selección de la muestra:** Las secciones seleccionadas pertenecen a la muestra de la EGP por lo que se han seleccionado con probabilidad proporcional al tamaño. Las viviendas se seleccionan, en cada sección, con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. Para la selección de la persona que cumplimenta el Cuestionario de Salud se ha utilizado un procedimiento aleatorio que asigna igual probabilidad a todas las personas del hogar, (Kish, 1949).

**Error Muestral y Coeficiente de Variación.** El coeficiente de variación mide el error muestral de un estimador. Las estimaciones son más precisas si el valor del coeficiente de variación es menor al 10% y que se complica la precisión del estimador si está por encima del 25%. En el Anexo se presentan los coeficientes de variación publicados por el INE.





## MORBILIDAD REFERIDA A PROBLEMAS DE SALUD COLECTIVA

### PRIORIDADES EN EL PLAN DE SALUD 2001-2005

#### TRASTORNOS MENTALES

*Idoia Gaminde Inda y Ander Arrazola Aranzadi\**

#### Prevalencia de trastornos mentales

No hay datos globales actualizados para Navarra, por lo que se van a utilizar las estimaciones de prevalencia para España del estudio europeo *European Study of the Epidemiology and Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in year 2000*. Según este estudio, un 9,2% [7,8-10,6] de la población española tiene algún tipo de trastorno mental. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes 5,9 [4,5-7,3], seguidos de los trastornos del ánimo 4,9 [4,0-5,8]; los trastornos del control de los impulsos tienen una prevalencia de 0,5 [0,2-0,8], y los de abuso de sustancias 0,3 [0,0-0,5].

En términos de gravedad, hay que señalar que sólo el 11% de estos trastornos son considerados graves, un 33% de carácter moderado y más de la mitad de los trastornos detectados en el estudio de carácter leve.

En España un 7,3% [6,2-8,4] de las personas entrevistadas recibió tratamiento para los trastornos detectados. La proporción de personas que han recibido tratamiento está directamente relacionada con la gravedad del trastorno: el 64,5% [49,2-79,7] de las personas con trastorno grave, el 37,5% [26,8-45,0] de las personas con trastorno moderado y el

---

\* Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.

35,2% [23,8-46,63] de las que tenían trastorno leve. Una de las cuestiones centrales del estudio, según los autores, es la utilización de servicios de las personas que no tienen ningún tipo de trastorno, un 4% [3,1-5-0] recibieron algún tipo de tratamiento durante el período de estudio. Esto contrasta seriamente con la proporción de personas con trastornos considerados graves y moderados que no recibieron ningún tipo de tratamiento.

Por otra parte cabe señalar la información proveniente de las Encuestas de Salud y de Condiciones de Vida realizadas en Navarra. (Ver análisis sobre salud percibida en este mismo Diagnóstico de Salud). Según estos, el 9,5% de las mujeres y el 5,2% de los hombres manifiestan sufrir situaciones de ansiedad o depresión. Esta prevalencia no se modifica de forma notable con la edad.

### **La asistencia sanitaria en la red de salud mental**

Tal como se relataba en el capítulo dedicado a los servicios de salud mental de este Diagnóstico de Salud, cada año los Centros de Salud Mental atienden en Navarra a unas 17.000 personas. De éstas, la cuarta parte son personas que consultan por primera vez. En los últimos 10 años se constata un incremento del 68% de pacientes con cuadros psicóticos; los diagnosticados de trastornos neuróticos o por drogodependencia se han incrementado en menor medida, un 12 y un 22%, respectivamente. En todo el período la tendencia de los pacientes atendidos ha sido creciente, un 30% en ese período (Tabla 93, capítulo de Servicios Sanitarios).

Atendiendo a las características de las situaciones atendidas en los centros de salud mental de Navarra sobre el total de pacientes atendidos en 2003, los Trastornos Mentales Graves representan el 34,5% y reciben 6,6 consultas en promedio; los trastornos mentales menos graves suponen el 39,1% (4,3 consultas año). Las personas atendidas en el programa Infante Juvenil y en el programa de Drogodependencias representan un 10% de los pacientes en cada uno de ellos y reciben 4,3 y 6,3 consultas al año en promedio (Tabla 92).

La hospitalización por trastornos mentales supone en el conjunto de hospitales públicos unos 1.100 ingresos cada año. En los últimos 5 años el número de hospitalizaciones habidas ha permanecido estable así como la edad de los ingresados (45 años en promedio). Por su parte la estancia media ha bajado respecto a 1999 en dos días, situándose en 18,5 días en 2003 (Tabla 143).

Los trastornos más frecuentes entre los pacientes ingresados son los trastornos esquizofrénicos que representan el 24,3% del total, las psicosis afectivas el 19,5% y el síndrome de dependencia del alcohol el 8,6% (Tabla 144).

**Tabla 143.** Hospitalizaciones por trastorno mental. Navarra 1999-2003.

Año de Alta	Hospitalizaciones	Estancia media	Edad media
1999	914	20,8	44,0
2000	1.016	19,4	45,4
2001	1.116	17,6	44,5
2002	1.113	17,6	45,2
2003	1.073	17,8	44,9
<b>Total</b>	<b>5.232</b>	<b>18,5</b>	<b>44,8</b>

Fuente: CMBD de los Hospitales públicos. SNS-O.

**Tabla 144.** Trastornos psiquiátricos más frecuentes en hospitalización en el periodo 1999-2003. Diagnósticos CIE-9-MC, con más de 100 casos.

CIE9MC	Descripción	Hospitalizaciones	%	Estancia media	Edad
295	Trastornos esquizofrénicos	1.271	24,3	24,4	38,9
296	Psicosis afectivas	1.018	19,5	26,6	49,4
303	Sínd. dependencia del alcohol	451	8,6	9,9	45,3
300	Trastornos neuróticos	337	6,4	14,1	47,1
301	Trastornos de personalidad	303	5,8	14,1	36,3
298	Otras psicosis no orgánicas	267	5,1	13,7	42,0
307	Síntomas o sínd. especiales no clasif.	213	4,1	25,5	33,4
293	Psicosis orgánicas transitorias	160	3,1	12,4	72,4
304	Dependencia de drogas	154	2,9	6,6	33,3
305	Abuso de drogas sin dependencia	145	2,8	7,3	36,7
309	Reacción de adaptación	133	2,5	10,4	43,0
292	Psicosis por drogas	122	2,3	9,5	35,7
294	Otros estados psicóticos orgánicos (crónicos)	107	2,0	13,9	71,2
291	Psicosis alcohólica	102	1,9	11,8	48,4
	Resto de diagnósticos	449	8,6		
	<b>Total</b>	<b>5.232</b>	<b>100,0</b>	<b>18,5</b>	<b>44,8</b>

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O.

Se han estudiado algunas características de las personas hospitalizadas en estos últimos 5 años en los hospitales públicos de Navarra. Así, las 5.232 hospitalizaciones habidas en esos 5 años han sido generadas por 3.402 personas diferentes. El 74% de las personas hospitalizadas ha ingresado sólo una vez en ese período, el resto, el 26%, lo ha hecho más de una vez (883 personas) (Tabla 145). Si tenemos en cuenta el patrón de hospitalización se observa que sobre el total de hospitalizaciones el 52% se producen con pacientes que ingresan más de una vez. Así, constatamos que entre las hospitalizaciones habidas por trastornos esquizofrénicos el 36,6% de éstas se pro-

ducen por pacientes que ingresan sólo una vez, pero hay que señalar que esas personas que ingresan sólo una vez representan el 65,2% de los pacientes, es decir, dos tercios de las hospitalizaciones se producen por un tercio de los pacientes hospitalizados por trastorno esquizofrénico, que en promedio han ingresado 3,25 veces en los últimos 5 años (Tabla 146). En las hospitalizaciones por psicosis afectivas y en las generadas por síndromes de dependencia del alcohol aproximadamente el 25% de los pacientes generan el 50% de las hospitalizaciones.

**Tabla 145.** Frecuencia de hospitalizaciones CIE 290-319.1999-2003.

Nº de veces	Pacientes		Hospitalizaciones	
	Número	%	Número	%
1	2.519	74,0	2.519	48,1
2	493	14,5	986	18,8
3	185	5,4	555	10,6
4	86	2,5	344	6,6
5	46	1,4	230	4,4
6	23	0,7	138	2,6
7	19	0,6	133	2,5
8	7	0,2	56	1,1
9	10	0,3	90	1,7
10 ó +	14	0,4	181	3,5
Total	3.402	100,0	5.232	100,0

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O.

**Tabla 146.** Frecuentación hospitalaria según diagnósticos de salud mental. Navarra 1999-2003.

CIE	Diagnóstico	Nº de altas	Nº de pacientes	Ingreso único	% de altas con 1 ingreso	% de pacientes con 1 ingreso	nº de ingresos en personas con 2 ó más ingresos
295	Trastornos esquizofrénicos	1.271	713	465	36,6	65,2	3,25
296	Psicosis afectivas	1.018	681	498	48,9	73,1	2,84
303	Sínd. dependencia del alcohol	451	323	234	51,9	72,4	2,4
300	Trastornos neuróticos	337	270	230	68,2	85,2	2,7
301	Trastornos de personalidad	303	208	162	53,5	77,9	3,1
298	Otras psicosis no orgánicas	267	237	212	79,4	89,5	2,2
307	Síntomas o sínd. no clasificables	213	164	136	63,8	82,9	2,75
304	Dependencia de drogas	154	122	99	64,3	81,1	2,4

Nota: Altas por otros diagnósticos = 1.218. Total Altas 5.232.

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O.

Estudiando los diagnósticos más frecuentes entre los pacientes que han ingresado 5 ó más veces en estos últimos 5 años, observamos que sobre 825 hospitalizaciones, el 41,8% se asocian con trastornos esquizofrénicos (345 hospitalizaciones) muy por encima de su frecuencia en la hospitalización psiquiátrica general (Tabla 147), expresando el déficit de camas complementarias a las de agudos para este tipo de enfermos.

**Tabla 147.** Diagnósticos más frecuentes en pacientes que ingresan 5 ó más veces.

CIE-9-MC		Hospitalizaciones	%
295	Trastornos esquizofrénicos	345	41,8
296	Psicosis afectivas	141	17,1
301	Trastornos de personalidad	85	10,3
300	Trastornos neuróticos	51	6,2
303	Síndrome de dependencia del alcohol	47	5,7
305	Abuso de drogas sin dependencia	34	4,1
	Resto	122	14,8
	Total*	825	100,0

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O.

\* Hospitalizaciones de pacientes con 5 o más ingresos.

Se ha comparado el patrón de asistencia de los pacientes con trastorno mental de Navarra y más específicamente el indicador de estancia media, con el estándar correspondiente al conjunto del Sistema Nacional de Salud, por medio de los GRDs (con el propósito de aumentar la comparabilidad). Se constata, que el 8,5% de las hospitalizaciones en Navarra se consideran Outlier (444 casos), es decir, que superan los límites de duración de la estancia hospitalaria establecida por la Norma 2002. Estudiando los GRDs correspondientes al resto de hospitalizaciones (Inlier = 4788 casos) se ve que para que la atención a los trastornos psicóticos sobre todo, pero también para los trastornos neuróticos la estancia media observada en Navarra es superior a la del estándar. Para las situaciones de abuso o dependencia de sustancias en cambio, las estancias medias son similares (Tabla 148). Estas diferencias en el uso de las camas de hospitalización entre lo observado en Navarra y el comportamiento en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (año 2002) pueden implicar formas diferentes de gestión de los procesos clínicos en nuestra comunidad respecto al patrón general, es decir, la limitación de recursos para la atención de estos enfermos en otros dispositivos puede estar favoreciendo el uso incorrecto de las camas para enfermos agudos.

**Tabla 148.** GRDs con 100 ó más hospitalizaciones por trastorno mental. Comparación de la estancia media con la Norma 2002 del Ministerio de Sanidad.

GRD	Descripción	Hospitali.	Estancia media	
			Navarra	Estándar
430	Psicosis	2.371	18,7	15,0
751	Abuso o depend. de alcohol, sin cc	475	9,1	8,1
429	Alteraciones orgánicas & retraso mental	344	10,9	10,1
428	Trastornos de personalidad & control de impulsos	277	9,0	8,0
425	Reacción de adaptación aguda & disfunción psicosocial	255	7,3	6,
426	Neurosis depresivas	191	9,9	8,9
427	Neurosis excepto depresiva	162	9,7	7,9
745	Abuso o depend. de opiáceos sin cc.	132	5,7	8,8
748	Abuso o depend. de cocaína u otras sin cc.	110	8,9	8,4
750	Abuso o dependencia de alcohol, con cc.	104	9,5	9,6
	Resto de GRDs	367		
	Total	4.788	14,2	8,6

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O y Norma 2002 del MSC.

Nota: Se comparan registros Inlier (sin extremos).

## ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

*Itxaso Mugarra Bidea\**

La **clasificación de las enfermedades neurodegenerativas** se establece en función de las manifestaciones clínicas con las que se presentan, pudiendo distinguirse aquellas que se presentan con un síndrome demencial, siendo la enfermedad de Alzheimer el más claro exponente; las que se manifiestan fundamentalmente con trastornos del movimiento y la postura, como es el caso de la enfermedad de Parkinson; las que cursan con ataxia progresiva, como la atrofia olivopontocerebelosa; aquellas

\* Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.

en las que la clínica fundamental es la debilidad y atrofia muscular, como es el caso de la esclerosis lateral amiotrófica; y otros muchas con presentaciones diversas. En este apartado nos vamos a centrar en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y en la enfermedad de Parkinson.

La mayor parte de estas enfermedades están ligadas al envejecimiento, aunque la edad no es el único marcador de riesgo de la patogénesis. El aumento de la expectativa de vida en nuestra sociedad ha traído consigo un incremento de estas enfermedades crónicas en la población anciana. Las repercusiones socioeconómicas son muy importantes, pues al propio proceso de la enfermedad hay que sumar el impacto psíquico, la merma en la calidad de vida, la incapacidad laboral, la pérdida de habilidades sociales, la carga física y psíquica de los cuidadores de estos pacientes, y el enorme coste social que conlleva la atención social y sanitaria de estas personas.

### **Enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias**

En el “Plan de Salud de Navarra 2001-2005”, se señala cómo las demencias aumentan exponencialmente con la edad, duplicándose cada 5 años a partir de los 65. En cuanto a la prevalencia de demencias según género, en este mismo documento, se señala cómo la mayor parte de los estudios encuentran una prevalencia dos veces superior en las mujeres que en los hombres, cuya causa no se debe sólo a la mayor supervivencia de aquellas. Hay 3 mujeres por cada dos hombres que sufren Alzheimer entre los 65 y 79 años, y el ratio aumenta en cada década.

El último estudio de **prevalencia de demencias** en Navarra de Manubens et al (1999) se realizó entre los años 1989 y 1993. En este estudio se estimó la prevalencia de demencias de mayores de 70 años a marzo de 1991: desde 6,3% en el grupo de población entre 72-74 años, hasta el 34,7% entre 90-91 años.

A partir de las tasas de prevalencia del estudio de Manubens y EURODEM, y con los datos de población de Navarra del padrón municipal a 1 de enero del 2003, se estima una población mayor de 70 años con demencia en Navarra entre 7.496 y 10.518 personas (Tabla 149).

En cuanto a la **prevalencia** en la población navarra de la **enfermedad de Alzheimer**, aplicando las tasas de prevalencia por grupos de edad del estudio de Manubens et al. (1999) a la población del 2003, se estima en 6.136 las personas mayores de 70 años con Alzheimer en Navarra (Tabla 150). Se observa un aumento del 27% en este colectivo, atribuible al envejecimiento de la población. En ese mismo período la población mayor de 65 años aumentó un 14%, entre 75-84 años un 27%, y mayor de 85 años un 34%.

**Tabla 149.** Estimación de la prevalencia en la población navarra de demencias por grupos de edad. Año 2003.

Grupos de edad	Población 2003	Estudio Manubens <sup>1</sup>		Estudio Europeo Eurodem	
		Tasa prevalencia demencia (%)	Personas con demencia 2003	Tasa prevalencia demencia (%)	Personas con demencia 2003
60 a 64	25.485	—	—	1,0	255
65 a 69	26.953	—	—	1,4	377
70 a 74	26.269	6,3	1.655	4,1	1.077
75 a 79	21.983	11,8	2.594	5,7	1.253
80 a 84	15.352	17,3	2.656	13,0	1.996
85 a 89	8.501	25,6	2.176	21,6	1.836
90 y más	4.142	34,7	1.437	32,2	1.334
TOTAL	128.685	8,2	10.518	6,3	8.128
Pob>70 años	76.247	13,8	10.518	9,8	7.496

Fuente: Estimación propia a partir del estudio Manubens, (Pamplona, 1993), EURODEM 1991 (Hofman et al. 1991) y la revisión del padrón municipal del 2003 -INE-.

<sup>1</sup> Incluye Alzheimer y otro tipo de demencias, excepto las causadas por accidente cerebrovascular.

**Tabla 150.** Estimación de la prevalencia en la población navarra de la enfermedad de Alzheimer en 2003 por grupos de edad.

Grupos de edad	Población 1.1.2003	Prevalencia EA (casos por 100)	Personas con EA
70 a 74 <sup>1</sup>	26.269	0,6	158
75 a 79	21.983	8,2	1.803
80 a 84	15.352	10,6	1.627
85 a 89	8.501	17,8	1.513
90 y mas	4.142	25,0	1.035
TOTAL	76.247	8,05	6.136

Fuente: Estimación propia a partir del estudio Manubens, (1993) y la revisión del padrón municipal del 2003 -INE-.

<sup>1</sup> Para el grupo de 70 a 74 se aplica la tasa de prevalencia del grupo de 72 a 74 años.

Los últimos datos a nivel europeo de **incidencia de demencias** del estudio EURODEM muestran una incidencia del 2,5 ‰ a los 65 años, y 85,6 ‰ a partir de los 90 años. Para la enfermedad de Alzheimer las tasas de incidencia son de 1,2 ‰ a los 65 años y de 63,5 ‰ a partir de los 90 años.



Aplicando las tasas de incidencia del estudio EURODEM, estimamos los casos nuevos de demencia en población mayor de 65 años en Navarra para el año 2003 en 1.833 personas, de las cuales el 68% (1.242 personas) serían enfermos de Alzheimer (Tablas 151 y 152).

**Tabla 151.** Estimación de la incidencia de demencias en Navarra en el año 2003 por grupos de edad.

Grupos de edad	Tasa media incidencia (por 1.000)	Población por grupos de edad	Casos nuevos demencia año
65-69	2,05	26.953	55
70-74	4,88	26.269	128
75-79	16,23	21.983	357
80-84	29,75	15.352	457
Más de 85	66,09	12.643	836
TOTAL	17,76	103.200	1.833

Fuente: Elaboración propia a partir de las tasas de incidencia de EURODEM (Launer 1999) y la revisión del padrón municipal del 2003, INE.

**Tabla 152.** Estimación de la incidencia de enfermedad de Alzheimer en Navarra en el año 2003 por grupos de edad.

Grupos de edad	Tasa media incidencia (por 1.000)	Población por grupos de edad	Casos nuevos demencia año
65-69	1,10	26.953	30
70-74	2,71	26.269	71
75-79	9,75	21.983	214
80-84	21,61	15.352	332
Más de 85	47,06	12.643	595
TOTAL	12,03	103.200	1.242

Fuente: Elaboración propia a partir de las tasas de incidencia de EURODEM (Launer 1999) y la revisión del padrón municipal del 2003, INE.

Los **costes de la enfermedad de Alzheimer** en Navarra (sin incluir el resto de las demencias), se han estimado en 200 millones de euros para el año 2003. El cálculo se ha realizado en base a la población estimada con enfermedad de Alzheimer en Navarra (6.136 personas, Tabla 154), y el coste medio anual de la atención a estos enfermos, según el tipo de atención recibida (OSTEBA, 1997), actualizado al año 2003. En este coste se incluye tanto

la atención sanitaria como la atención en residencias, centros de día y atención domiciliaria, además de los cuidados informales soportados por la familia. Estos últimos representan un 82 % del coste total. Los costes de atención sanitaria representan tan solo un 2%. El 16% restante corresponden a costes de atención en residencias, centros de día y atención domiciliaria, cuya financiación en gran medida recae sobre los propios hogares.

### **Enfermedad de Parkinson**

En el documento del 2003 de la Comisión Europea sobre el estado de salud de la población europea, los datos más recientes sobre prevalencia se refieren al estudio Europarkinson (Rijk 1997), donde se estima la prevalencia de Parkinson en Europa, en 0,6% a los 65 años, aumentando al 3,5% a partir de los 85 años, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las diferencias entre países no parecen tampoco significativas.

A nivel de Navarra disponemos de información sobre la **prevalencia de enfermedad de Parkinson** a partir del estudio publicado por Viñes et al. (1999). En dicho estudio se estimó la prevalencia de Parkinson a través del consumo de DDD (dosis diaria definida) de levodopa en Navarra en 1994, en 161,5 por 100.000 habitantes en población general. En los menores de 65 años se estimó una tasa del 8 por 100.000, y de 1.001,1 por 100.000 para mayores de 65 años, lo que situaba el número de parkinsonismos en Navarra entre 789 y 903 personas.

Suponiendo las mismas tasas de prevalencia de dicho estudio (Viñes et al. 1999), y aplicándolas a la población navarra del 2003 (revisión del padrón municipal a 1 de enero de 2003), estimamos una prevalencia aproximada de 1.070 personas con la enfermedad de Parkinson en Navarra en 2003 (Tabla 153).

Según se señala en el "Plan de Salud de Navarra 2001-2005" la **incidencia de la enfermedad de Parkinson** a nivel mundial se estima entre 4,5 y 16 por 100.000 personas/año, aumentando con la edad desde 5 por 100.000 entre 45 y 49 años hasta 90 por 100.000 en mayores de 75 años. En lo referente a Navarra, según el estudio de Viñes et al, la tasa de incidencia en 1994 se estimó en 8,2 por 100.000, siendo la tasa ajustada a la población estándar europea de 1990 de 7,4 por 100.000.

Aplicando las tasas de incidencia de la **enfermedad de Parkinson idiopática** del estudio de Viñes et al (10,2 por 100.000 en hombres y 6,3 en mujeres), a la población navarra a 1 de enero de 2003, estimamos un total de 47 nuevos casos de EP idiopática en Navarra, 29 hombres y 18 mujeres. En cuanto a la incidencia de la **enfermedad de Parkinson secundaria**, aplicando las tasas del mismo estudio por grupos de edad y sexo, se ha estimado un total de 28 nuevos casos en el 2003, 17 mujeres y 11 hombres (Tabla 153). Relacionando la prevalencia e incidencia del estudio señalado, la duración de la enfermedad en su conjunto es de 12,8 años de promedio.

Los **costes de la enfermedad de Parkinson** en Navarra se han estimado en 9,4 millones de euros (año 2003). La estimación se ha realizado en base a la población estimada con Parkinson en Navarra (1.070 personas, Tabla 153), y al dato del coste medio por paciente/año del estudio sueco (Hagell et al 2002) actualizado al 2003. Se estima que el 40% corresponden a costes sanitarios, y el 60% restante a costes de cuidados no sanitarios. No se incluyen los costes informales de cuidados por parte de la familia y entorno social.

**Tabla 153.** Estimación de la prevalencia e incidencia de la enfermedad de Parkinson en Navarra en el año 2003.

<b>PREVALENCIA</b>	Tasa prevalencia por 100.000	Personas con EP 2003
Mayores de 65 años	1.001,1	1.033
Menores de 65 años	8,0	37
TOTAL	—	1.070
<b>INCIDENCIA</b>	Tasa incidencia por 100.000	Casos nuevos de EP 2003
EP Idiopática		
Hombres	10,20	29
Mujeres	6,26	18
EP Secundaria		
Hombres	por grupos de edad	11
Mujeres	por grupos de edad	17
TOTAL EP	—	75

Fuente: Elaboración propia a partir de las tasas de incidencia y prevalencia de Viñes et al (1999) y la revisión del padrón municipal del 2003 del INE.

## ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

*Isabel Sobejano Tornos\**

Dentro del epígrafe de “enfermedades del sistema circulatorio o enfermedades cardiovasculares “de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Cie 9ª revisión) destacan por su magnitud y trascendencia las enfermedades isquémicas y las cerebrovasculares. Sobre ellas se ha centrado el esfuerzo de recogida de información así como sobre los factores de riesgo implicados en su etiología.

\* Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.

### Factores de riesgo

El consumo de tabaco, la inactividad física, la obesidad y la diabetes mellitus son factores de riesgo relacionados con las enfermedades vasculares que han sido abordados en otros apartados de este documento: los tres primeros en el capítulo de estilos de vida dentro del apartado de factores condicionantes y la diabetes de manera monográfica en este capítulo específico de morbilidad. Aquí se va a hacer referencia a los restantes factores de riesgo de este grupo de enfermedades: hipertensión arterial y dislipemias, así como a la combinación de algunos de ellos conocido como síndrome metabólico.

### Hipertensión arterial

La última información disponible sobre prevalencia de hipertensión en población general data de 1993 en el caso de Navarra y de 1989 en España. Se refiere a población de 35-64 años y sitúa en un 39% la prevalencia de hipertensión en Navarra (hombres 42,4 y mujeres 35,5) y un 45% en España (hombres 46,2%, mujeres 43,4%) (Tabla 154). La frecuencia de hipertensión aumenta con la edad (Tabla 155).

**Tabla 154.** Prevalencia de hipertensión en Navarra (1993) y España (1989) en población de 35-64 años.

	Hombres	Mujeres	Total
Hipertensión arterial			
Navarra	23,7	20,9	22,3
España	31,4	29,2	30,0
Tensión arterial límite			
Navarra	18,7	14,5	16,6
España	14,8	14,6	14,7

HTA: PA  $\geq$  160 y/o 95 mm de Hg y/o tratamiento farmacológico o dietético antihipertensivo.

TA límite: PA  $\geq$  140 y/o 90 mm de Hg.

Fuente: Datos de Navarra M.J. Guembe 1993. Datos de España J.R. Benegas 1994.

**Tabla 155.** Prevalencia en porcentaje de hipertensión arterial por edad y sexo. Navarra 1993.

	Hipertensión arterial		Tensión arterial límite	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
16-24	1,6	0,0	7,4	0,0
25-34	7,6	2,4	8,8	0,6
35-44	16,8	3,9	13,2	1,7
45-54	26,5	19,8	20,0	17,4
55-64	29,0	40,4	23,9	26,0
18-64	15,5	12,6	14,2	8,3

Fuente: M.J.Guembe 1993.

En el estudio de prevalencia de hipertensión arterial, hiperlipidemia y obesidad en población infanto-juvenil de Navarra, realizada en población de 4 a 17 años en 1990-91, se encontró una prevalencia global de 7,17% siendo de un 25,3% a los 17 años. El criterio de hipertensión fue en el caso de los adolescentes  $TA \geq 140$  y/o 90 mm de Hg y en los niños TA superior al percentil 97,5 según talla y peso.

El 68% de los individuos de 60 ó más años, tiene cifras de  $PA \geq 140$  y/o 90 mm de Hg (Gabriel et al, 1996). En el grupo de edad de 15-24 años, la prevalencia de HTA es del 4,1% (Compañó et al, 1998).

En relación con un estudio de prevalencia de hipertensión realizado en 1982 en Navarra, se observa que el patrón de modificación con la edad y el sexo de las cifras de tensión arterial es idéntico en ambos estudios, pero los niveles absolutos están más bajos en 1993 para todos los grupos de edad y sexo, siendo la magnitud de la diferencia mayor para la TAS que para la TAD. Las mujeres menores de 50 años han disminuido su prevalencia de hipertensión, los hombres mantienen la misma prevalencia. El porcentaje de hipertensos diagnosticados y controlados ha mejorado notablemente entre los dos estudios, lo que contribuye a explicar el descenso de los niveles medios de tensión arterial sistólica y diastólica a pesar de no haber variado la prevalencia de hipertensión (Tabla 156).

**Tabla 156.** Evaluación del grado de diagnóstico, seguimiento y control de las personas con hipertensión. Navarra 1982-1993 (Porcentaje sobre el total de hipertensos).

	1982		1993	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Hipertensos que habían sido diagnosticados	36	57	52	76
Hipertensos tratados con cifras normales de TA (>140/<90)	7	13	22	34

Fuente: M.J.Guembe 1993.

Las prevalencias de hipertensión encontradas en estudios realizados en la década de los 90 sobre poblaciones específicas oscila en los hombres entre el 29% en una población laboral de Valencia y el 42% en Murcia. En mujeres las cifras son más uniformes (Tabla 157).

Recientemente se ha hecho un estudio a partir de las encuestas de salud que incluyen medidas rigurosas de factores de riesgo cardiovascular, relacionando las medidas de presión arterial en varios países europeos incluido España, Estados Unidos y Canadá, en población de 35 a 74 años. Muestra una medida promedio de tensión arterial de 136/83 mm de Hg en Europa frente al 127/77 en los dos países americanos estudiados. La prevalencia de hipertensión ( $TA > 140/90$  ó tratamiento con antihipertensivos) ajustada por

edad y sexo fue de 44% en los países europeos y de 28% en los norteamericanos. Las personas hipertensas, con tratamiento, que mantienen sus cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 son más bajas en Europa donde oscilan entre los países de un 5 al 9% de los hipertensos, con un promedio del 8% que en los países norteamericanos cuyo promedio es del 23% (Tabla 158).

**Tabla 157.** Prevalencia de hipertensión en diferentes regiones de España, en población de 35-64 años.

	Metodología	Hombres	Mujeres
Castilla La Mancha <sup>1</sup>	Poblacional rural N=1.300	39,0	34,4
Murcia <sup>2</sup>	Población general N=1.789	42,0	33,8
Valencia <sup>3</sup>	Población laboral N=4.996 hombres	29	

HTA: PA  $\geq$  140 y/o 90 mm de Hg y/o tratamiento farmacológico o dietético antihipertensivo.

Fuente: <sup>1</sup> Segura A; Rius G. Factores de riesgo cardiovascular en una población rural de Castilla-La Mancha.

<sup>2</sup> Tormo MJ; Navarro C; Chirlaque MD et al. Factores de riesgo cardiovascular en la región de Murcia.

<sup>3</sup> Grima A; Alegría E; Jover P; Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población laboral mediterránea de 4.996 varones.

**Tabla 158.** Prevalencia de hipertensión, de tratamiento y de control de la misma en población de 35-64 años en 6 países europeos, Canadá y EEUU.

	Metodología	Prevalencia %		Hipertensos tratados %	Hipertensos controlados %
		Hombres	Mujeres		
América del Norte		30,4	24,8	44,4	8
Estados Unidos	Encuesta Nacional 88-94 N=17.530	29,8	25,8	52,5	
Canadá	Encuesta Nacional 86-92 N=23.129	31,0	23,8	36,3	
Europa		49,7	38,6	26,8	23
España	Encuesta Nacional 1990 N=2.021	49,0	44,6	26,8	
Italia	Encuesta Nacional 1998 N=8.233	44,8	30,6	32,0	
Suecia	Encuesta Regional 1999 N=1.823	44,8	32,0	26,2	
Inglaterra	Encuesta Nacional 1998 N=13.586	46,9	36,5	24,8	
Finlandia	Encuesta Nacional 1997 N=7.159	55,7	41,6	25,0	
Alemania	Encuesta Nacional 97-99 N=7.124	60,2	50,3	26,0	

Fuente: Wolf-Maier K; Cooper R; Banegas JR et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European Countries, Canada and the United States.

### Hipercolesterolemia

Como en el caso de la hipertensión la última información disponible sobre prevalencia de hipercolesterolemia en población general data de 1993 en Navarra y de 1989 en España. Un 21% de la población de Navarra de 18 a 64 años tiene hipercolesterolemia ( $\geq 250$  mg/dl) y un 60% tiene hipercolesterolemia superior al límite ( $\geq 200$  mg/dl). Estas cifras son algo superiores a las encontradas en el estudio nacional, si bien, las diferencias en la metodología hacen tomar con cautela estas variaciones (Tabla 159). En otros estudios de prevalencia de comunidades autónomas o sobre colectivos diferenciados las cifras encontradas se acercan más a las del estudio nacional (Tabla 160).

**Tabla 159.** Prevalencia por 100 y grado de tratamiento y de control de la hipercolesterolemia. Navarra y España.

	Navarra 93	España 89
	Población 18-64 años	Población 35-64 años
Hipercolesterolemia $\geq 250$ mg/dl	21	18
Hipercolesterolemia $\geq 200$ mg/dl	60	58
LDL-Colesterol $>160$ mg/dl	22	-
HDL-colesterol $< 35$ mg/dl	4	-
Hipercolesterolémicos diagnosticados	500	-
Hipercolesterolémicos controlados	17	-

Fuente: Datos de Navarra M.J. Guembe 1993. Datos de España J.R. Benegas 1994.

**Tabla 160.** Prevalencia por 100 de dislipemias en diferentes estudios, en población de 35-64 años.

Metodología	Colesterol $>250$ mg/dl		HDL $<35$ mg/dl	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Castilla La Mancha <sup>1</sup> 94-96 Poblacional rural N=1.300	17,4	13,4	9,6	3,5
Valencia <sup>2</sup> 96-97 Población laboral N=4.996 hombres	14,3			

Fuente <sup>1</sup> Segura A. Rius G. Factores de riesgo cardiovascular en una población rural de Castilla-La Mancha.

<sup>2</sup> Grima A; Alegría E; Jover P; Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población laboral mediterránea de 4.996 varones.

Según el estudio de Navarra, un 22% tiene cifras de LDL-colesterol altas ( $\geq 160$  mg/dl) y un 4% tiene HDL colesterol bajo ( $< 35$  mg/dl). La pre-

valencia en edades más jóvenes es mayor en hombres que en mujeres, pero en los últimos grupos de edad la relación se invierte, de manera que en conjunto no hay diferencias por sexo. La mitad de los hipercolesterolémicos están diagnosticados y un 17% tienen su colesterol controlado.

En el estudio realizado en población infanto juvenil de Navarra, ya citado, un 21,1%, presenta cifras de colesterol > 200 mg/dl. Un 15,7 tiene un cociente LDL/HDL >2,2.

A nivel nacional el estudio Dieta y Riesgo de Enfermedad Cardiovascular (DRECE II) aporta información más reciente sobre parámetros lipídicos de interés, pero sólo referida a valores promedio de los mismos, la población española de 35-64 años de edad tiene una media de 221 mg/dl para el colesterol total (219 en varones y 223 en mujeres), 53 mg/dl para el cHDL (48 en hombres y 58 en mujeres), 141 mg/dl para el cLDL (140 en hombres y 142 en mujeres) y 135 mg/dl para los triglicéridos (155 en hombres y 116 en mujeres).

### **Asociación de factores de riesgo. Síndrome metabólico**

Epidemiológicamente la asociación entre la hipercolesterolemia y otros factores de riesgo cardiovascular es frecuente. Se observa un gradiente ascendente en las cifras medias de presión arterial con el incremento de las cifras de colesterolemia. En un estudio realizado en atención primaria, se observó que un 31% de los pacientes de 35-65 años que acudían a la consulta del médico de familia tenía dos factores de riesgo cardiovascular y un 6% tres, considerando hipertensión arterial, hipercolesterolemia y tabaquismo (cita artículo PAPPS).

Una agrupación de factores de riesgo cardiovasculares y de resistencia a la insulina constituyen lo que se ha denominado "síndrome metabólico" que se define según los criterios del *National Cholesterol Education Program* (ATPIII) como la presencia de al menos tres de los siguientes criterios:

- Medida de perímetro de cintura >102 en hombres y de 88 en mujeres.
- Triglicéridos  $\geq$  150mg/dl
- HDL < 40 mg/dl en hombres y de 50 mg/dl en mujeres
- TA  $\geq$  135 y/o 85 mm de Hg
- Glucemia en ayunas  $\geq$  110 y > 125 mg/dl

Los datos obtenidos en 1993 en Navarra informan de todos estos parámetros excepto de la medida de la cintura. A partir de esa información se estima que la prevalencia de síndrome metabólico es de al menos un 13% en hombres y un 6,9% en mujeres entre 18 y 64 años, por debajo del 25% estimado en población no institucionalizada de 20 años y más de Es-



tados Unidos a partir de la la *“Third National Health and Nutritio Examination Survey*, en el período 1988-1994.

### **Morbilidad por las enfermedades cardiovasculares**

Las fuentes de información disponibles sobre morbilidad en enfermedades cardiovasculares son:

- Encuesta de morbilidad hospitalaria: de ámbito estatal, es la fuente que se ha utilizado para comparar las tasas de frecuentación hospitalaria de Navarra con otras comunidades autónomas y con el conjunto de España
- Registro de morbilidad asistida de Navarra: la calidad de sus datos desde 1999 permite obtener una buena estimación de las tasas de frecuentación hospitalarias a partir de esa fecha y conocer otras características de las altas hospitalarias de interés como la estancia media y la edad.
- Registro poblacional de infarto de miocardio: en el año 1997-1998 formando parte del estudio IBÉRICA. Recientemente se han registrado los casos del período 2003-2004.
- Otras fuentes: Memoria anual de la Unidad de Ictus del Servicio de Neurología del Hospital de Navarra.

Según la Encuesta de morbilidad hospitalaria de 2001, en España la tasa ajustada por edad (población europea) de altas hospitalarias de las enfermedades del aparato circulatorio fue en ese año de 1.084,4 personas por 100.000 habitantes: 1.403,4 en varones y 811,8 en mujeres. La de la enfermedad isquémica del corazón fue de 293,9 personas por 100.000 habitantes: 464,7 en los varones y 144,8 en las mujeres; y 187,4 por 100.000 habitantes la de la enfermedad cerebrovascular: 239,6 en los varones y 144,8 en las mujeres.

En Navarra según la misma fuente de datos, la tasa ajustada de altas hospitalarias global por enfermedades cardiovasculares es ligeramente inferior: 1.041, personas por 100.000 habitantes: 1.368,6 en hombres y 751,8 en mujeres. En el caso de la enfermedad isquémica la tasa es menor que en España: 219,8 por 100.000 habitantes, 350 en hombres y 99,2 en mujeres. En el caso las enfermedades cerebrovasculares sin embargo es muy similar: 189,0 por 100.000 habitantes: 252,9 en hombres y 135,5 en mujeres. (Tabla 161).

En los hombres, la tasa de altas por enfermedad isquémica del corazón es mayor que por enfermedades cerebrovasculares tanto en Navarra como en todo el país. En las mujeres la tasa por ambas patologías es similar en España y se invierte con un predominio de las cerebrovasculares en Navarra.

**Tabla 161.** Tasa ajustada de altas por enfermedades del aparato circulatorio por 100.000 habitantes, según sexo y diagnóstico (ajustada a la población europea).

	Navarra 2001			España 2001		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enf. Reumáticas crónicas	9,7	19,5	14,9	14,6	22,8	19
Enf. hipertensiva	51	38,7	44,8	43,2	41,7	42,9
<b>Enf. isquémica corazón</b>	<b>350</b>	<b>99,2</b>	<b>219,8</b>	<b>464,7</b>	<b>144,8</b>	<b>293,9</b>
I.A.M.	143,3	35,8	87,4	162,5	45,8	100,2
Otras enf. isquémicas	206,7	63,4	132,4	302,2	99	193,7
Insuficiencia cardíaca	125,5	72,7	96,3	141	102,8	120,1
Otras enf. del corazón	255,9	158,8	205,5	225,8	139,2	179,2
<b>Enf. cerebrovasculares</b>	<b>252,9</b>	<b>135,5</b>	<b>189</b>	<b>239,6</b>	<b>144</b>	<b>187,4</b>
Arterioesclerosis	80,3	7,7	41,7	44,7	9	25,2
Otras enf. vasculares	243,3	219,7	229,8	229,8	207,5	216,7

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria. INE. 2001.

Según los últimos datos del Registro de Morbilidad Asistida de Navarra, correspondientes a 2003, la morbilidad proporcional hospitalaria por enfermedades del aparato circulatorio (proporción de altas hospitalarias por enfermedades del aparato circulatorio) es de un 11,8% de todas las altas de ese año, son 6.393 altas que han dado lugar a 55.818 estancias, con una estancia media global de 8,7 días (Tabla 162).

**Tabla 162.** Altas hospitalarias por enfermedades del aparato circulatorio. Navarra 2003.

	Nº altas	%	Nº Estancias	Estancia media
Enf. reumáticas crónicas	145	2,3	1.338	9,23
Enf. hipertensiva	338	5,3	2.735	6,1
<b>Enf. isquémica corazón</b>	<b>1.470</b>	<b>23</b>	<b>13.472</b>	<b>9,2</b>
I.A.M.	638	10	6.905	10,8
Otras enf. isquémicas	832	13	6.837	8,2
Insuficiencia cardíaca	614	9,6	5.616	9,2
Otras enf. del corazón	1.206	18,9	8.565	7,1
<b>Enf. cerebrovasculares</b>	<b>1.445</b>	<b>22,6</b>	<b>15.056</b>	<b>10,4</b>
Arteriosclerosis	232	3,6	2.558	11
Otras enf. vasculares	943	14,8	6.208	6,6
TOTAL	6.393	100	55.818	8,7

Fuente: Registro de Morbilidad Asistida de Navarra.

En hombres la enfermedad isquémica del corazón produce el mayor número de altas (28,5%) del conjunto de las enfermedades del aparato circulatorio, seguido de las enfermedades cerebrovasculares (20,1%). En mujeres esta relación se invierte y las enfermedades cerebrovasculares son las responsables del mayor número de altas (Tabla 163).

**Tabla 163.** Altas hospitalarias por enfermedades del aparato circulatorio, según diagnóstico y sexo. Navarra 2003.

	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%
Enf. reumática crónica	68	1,8	77	3,1	145	2,3
Enf. hipertensiva	129	3,3	209	8,3	338	5,3
<b>Enf. isquémica corazón</b>	<b>1.106</b>	<b>28,5</b>	<b>364</b>	<b>14,5</b>	<b>1.470</b>	<b>23,0</b>
I.A.M.	477	12,3	161	6,4	638	10,0
Otras enf. isquémicas	629	16,2	203	8,1	832	13,0
<b>Insuficiencia cardíaca</b>	<b>303</b>	<b>7,8</b>	<b>311</b>	<b>12,4</b>	<b>614</b>	<b>9,6</b>
Otras enf. del corazón	671	17,3	535	21,3	1.206	18,9
Enf. cerebrovasculares	781	20,1	664	26,4	1.445	22,6
Arterioesclerosis	209	5,4	23	0,9	232	3,6
Otras enf. vasculares	611	15,8	332	13,2	943	14,8
TOTAL	3.878	100	2.515	100	6.393	100

Fuente: Registro de Morbilidad Asistida de Navarra.

El estudio de las características etarias de las altas por enfermedades isquémicas y enfermedades cerebrovasculares indican una edad inferior en los episodios de los hombres respecto a las mujeres y en los isquémicos cardíacos respecto a los cerebrovasculares (Tabla 164).

**Tabla 164.** Media, moda y percentiles de la edad de los ingresos por enfermedades cardiovasculares según género. Navarra 2003.

	<b>Edad</b>									
	Media		Moda		Percentil 25		Percentil 50		Percentil 75	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Enf. isquémicas	66	74	72	75	56	68	67	75	76	82
Enf. cerebrovasculares	71	76	78	77	64	71	73	78	79	84

Fuente: Registro de Morbilidad Asistida de Navarra.

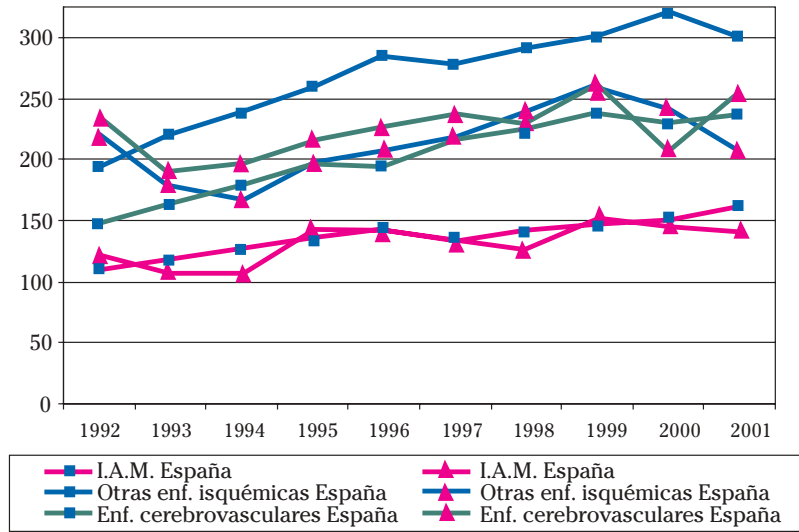
La evolución de las tasas de frecuentación por 100.000 en hombres, según la encuesta de morbilidad hospitalaria en el período 1992-2001, muestra en Navarra un pequeño crecimiento de las altas por I.A.M. y de las enfermedades cerebrovasculares. En España el incremento de ambos diagnósticos es más acusado y también el de altas por otras enfermedades isquémicas del corazón lo que determina un aumento global de la enfermedad isquémica del corazón importante (Tabla 165, Figura 117).

**Tabla 165.** Enfermedades cardiovasculares. Tasa ajustada de altas por 100.000 habitantes en hombres, según año (1992-2001) y diagnóstico.

		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Enf. reumáticas crónicas	España	9,2	10,6	10,3	11,3	12,6	10,9	12,4	12,1	14,5	14,5
	Navarra	22,9	18,1	23,6	15,2	15,2	17,3	13,2	11,2	12,7	9,7
Enf. hipertensiva	España	29,0	29,2	30,5	32,4	32,6	32,4	37,0	39,3	39,0	42,6
	Navarra	11,7	22,7	26,8	31,9	26,3	33,5	52,7	47,1	43,0	51,0
<b>Enf. isquémica corazón</b>	<b>España</b>	<b>304,1</b>	<b>335,1</b>	<b>361,9</b>	<b>393,1</b>	<b>426,4</b>	<b>410,6</b>	<b>430,1</b>	<b>445,1</b>	<b>468,8</b>	<b>460,6</b>
	<b>Navarra</b>	<b>342,9</b>	<b>291,6</b>	<b>275,0</b>	<b>338,2</b>	<b>346,8</b>	<b>351,8</b>	<b>367,5</b>	<b>408,8</b>	<b>387,3</b>	<b>350,0</b>
I.A.M.	España	110,6	115,4	124,3	135,0	141,6	135,1	138,4	145,7	149,6	160,5
	Navarra	121,4	110,2	108,2	141,6	140,7	132,7	127,8	150,9	146,0	143,3
Otras enf. isquémicas	España	193,5	219,7	237,6	258,1	284,8	275,5	291,7	299,4	319,2	300,1
	Navarra	221,5	181,4	166,8	196,6	206,1	219,1	239,7	257,9	241,3	206,7
Insuficiencia cardíaca	España	87,6	93,3	105,0	109,2	122,3	133,9	139,4	144,3	139,8	140,4
	Navarra	112,1	115,9	99,3	99,0	121,3	118,1	126,2	112,5	97,3	125,5
Otras enf. del corazón	España	154,5	167,1	175,1	192,0	194,4	198,1	201,9	212,2	221,1	224,2
	Navarra	187,0	126,6	178,0	177,5	208,5	241,9	205,3	224,6	250,8	255,9
<b>Enf. cerebrovasculares</b>	<b>España</b>	<b>146,4</b>	<b>161,2</b>	<b>178,1</b>	<b>194,5</b>	<b>193,4</b>	<b>215,4</b>	<b>222,5</b>	<b>236,8</b>	<b>228,9</b>	<b>237,5</b>
	<b>Navarra</b>	<b>233,8</b>	<b>189,0</b>	<b>197,1</b>	<b>216,4</b>	<b>226,5</b>	<b>236,1</b>	<b>230,4</b>	<b>261,4</b>	<b>210,0</b>	<b>253,0</b>
Arterioesclerosis	España	13,7	19,0	20,3	17,7	20,3	30,3	38,9	40,1	41,8	44,6
	Navarra	33,8	13,8	26,4	45,7	14,8	73,5	77,2	63,1	63,4	80,3
Otras enf. vasculares	España	199,6	216,8	231,9	249,9	262,0	267,0	248,3	251,2	239,7	228,6
	Navarra	144,2	148,1	153,3	240,3	235,5	276,5	254,6	243,4	291,8	243,3

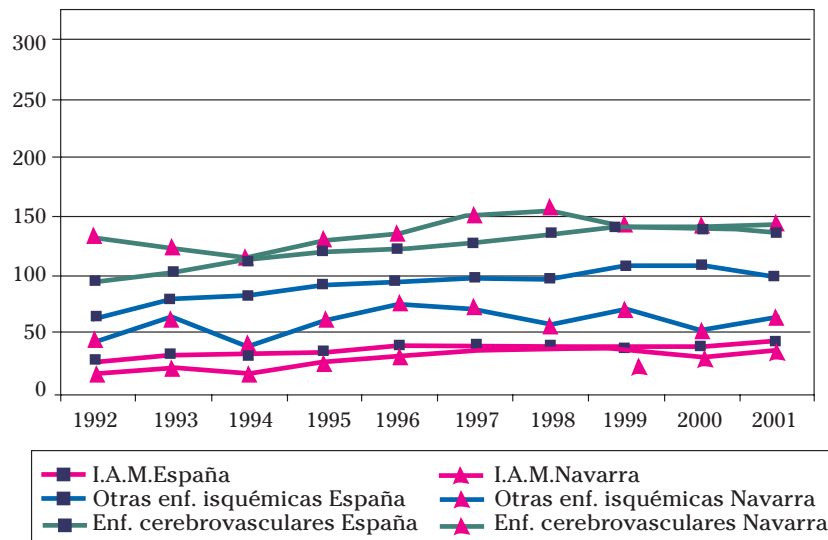
Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria.

En el caso de las mujeres, en Navarra se observa un incremento progresivo e importante de las altas por enfermedad isquémica del corazón por crecimiento de sus dos componentes, I.A.M. y otras enfermedades isquémicas, mientras que las altas por enfermedades cerebrovasculares se mantienen más estables. En España se observa el mismo fenómeno de crecimiento de ambas rúbricas de isquemia cardíaca con unas tasas siempre más altas que las de Navarra. Las tasas por enfermedades cerebrovasculares, siempre por debajo de las de Navarra, tienen una clara tendencia ascendente (Tabla 166 y Figura 118). En Navarra llama la atención el fuerte incremento de las altas por otras enfermedades cardíacas.



**Figura 117.** Tasa ajustada de altas por 100.000 habitantes de las enferm. isquémicas cardíacas y cerebrovasculares en hombres, según año.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INE.



**Figura 118.** Tasa ajustada de altas por 100.000 habitantes de las enferm. isquémicas cardíacas y cerebrovasculares en mujeres, según año.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INE.

**Tabla 166.** Enfermedades cardiovasculares. Tasas ajustadas de altas por 100.000 habitantes en mujeres, según año (1992-2001) y diagnóstico.

		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Enf. reumáticas crónicas	España	18,8	19,7	19,7	20,7	18,1	19,0	20,3	19,5	23,2	22,8
	Navarra	46,8	38,1	33,9	19,8	30,1	37,5	33,9	30,2	20,7	19,5
Enf. hipertensiva	España	32,2	34,3	35,7	30,6	35,5	34,6	36,0	38,7	39,4	41,3
	Navarra	30,0	17,7	20,0	29,6	25,5	44,0	46,1	39,8	40,0	38,7
Enf. isquémica corazón	España	91,1	112,4	114,9	123,3	136,8	133,4	135,4	145,4	147,5	143,8
	Navarra	61,0	84,9	58,2	87,9	111,7	109,7	97,3	107,3	87,2	99,2
I.A.M.	España	28,0	33,8	34,6	33,8	40,4	36,4	37,9	38,0	39,5	45,4
	Navarra	16,6	23,1	17,9	26,7	33,5	37,8	39,8	37,0	33,4	35,8
Otras enf. isquémicas	España	63,1	78,6	80,3	89,5	96,4	97,0	97,5	107,4	108,0	98,4
	Navarra	44,4	61,8	40,3	61,2	78,2	71,9	57,5	70,3	53,8	63,4
Insuficiencia cardíaca	España	69,5	76,2	83,6	91,5	96,6	103,7	106,0	110,4	107,6	102,5
	Navarra	86,3	90,3	82,2	76,7	85,6	89,7	80,6	85,1	72,5	72,7
Otras enf. del corazón	España	86,6	100,8	104,2	115,1	115,1	118,3	124,2	127,8	134,2	138,3
	Navarra	64,5	86,1	92,1	97,6	114,7	110,5	116,1	134,7	136,0	158,8
Enf. cerebrovasculares	España	94,1	101,6	113,9	121,6	121,6	127,7	137,7	141,6	138,7	142,5
	Navarra	132,6	124,7	111,4	128,4	134,8	150,5	155,1	141,3	139,6	135,5
Arterioesclerosis	España	3,5	3,8	4,8	5,1	4,7	7,0	7,1	8,0	7,9	9,0
	Navarra	13,8	2,4	9,2	3,5	0,2	8,0	13,1	10,7	5,7	7,7
Otras enf. vasculares	España	180,4	193,4	216,9	224,7	239,4	238,2	228,9	226,5	217,7	206,9
	Navarra	153,5	204,6	161,8	179,6	230,0	259,9	261,4	227,1	247,0	219,7

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria. INE.

La evolución de la morbilidad hospitalaria proporcional en España en el periodo 1980-1999 muestra un incremento de un 150% de las enfermedades isquémicas del corazón en hombres y un 190% en mujeres. En el caso de las enfermedades cerebrovasculares el aumento es de un 102% en hombres y de un 125% en mujeres (Tabla 167).

### Infarto agudo de miocardio

Sobre el IAM se obtiene información específica a partir de registros poblacionales de morbilidad

En España se pueden obtener datos sobre la incidencia de la cardiopatía isquémica de los registros poblacionales siguientes:

- MONICA: Monitorización, tendencia y determinantes en enfermedades cardiovasculares.
- REGICOR: REGistre Glroni de CORonariopaties.
- IBERICA: Identificación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda.

**Tabla 167.** Morbilidad proporcional hospitalaria (proporción de altas hospitalarias con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica cerebral)/100. España 1980-1999.

Año	Enf. isquémica cardíaca		Enfermedad cerebrovascular	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1980	1,84	0,63	1,24	0,89
1981	1,82	0,67	1,19	0,85
1982	2,02	0,71	1,15	0,84
1983	2,31	0,81	1,29	0,96
1984	2,53	0,90	1,30	0,99
1985	2,66	1,05	1,30	1,09
1986	2,70	0,99	1,33	1,02
1987	2,89	1,07	1,36	1,10
1988	2,80	1,02	1,44	1,14
1989	3,10	1,14	1,36	1,14
1990	3,09	1,27	1,34	1,14
1991	3,13	1,25	1,49	1,19
1992	3,09	1,14	1,55	1,27
1993	3,40	1,39	1,71	1,39
1994	3,62	1,43	1,85	1,55
1995	3,90	1,53	2,04	1,68
1996	4,11	1,65	1,95	1,63
1997	4,02	1,66	2,22	1,74
1998	4,25	1,71	2,33	1,93
1999	4,46	1,83	2,51	2,01

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria. INE.

A partir de estos datos se observa que la incidencia del infarto agudo de miocardio es más baja en España que en otros países desarrollados. Sin embargo, se aprecia en los últimos años un aumento de los episodios coronarios (cita PAPPS). La tasa anual, ajustada por edad de episodios coronarios en varones de 35-64 años fue en el estudio MONICA-Cataluña de 210/100.000, cifra muy inferior a la media de todo el proyecto MONICA que fue de 434/100.000 en el periodo 1985-1994. En las mujeres, la tasa fue de 35/100.000 la más baja de todo el proyecto (media 103/100.000).

En 1997-1998, se llevó a cabo el estudio IBERICA en 8 zonas de España, siendo una de ellas Navarra. En el año 2003 se ha reiniciado la actividad del registro poblacional .

Las características del registro son las siguientes:

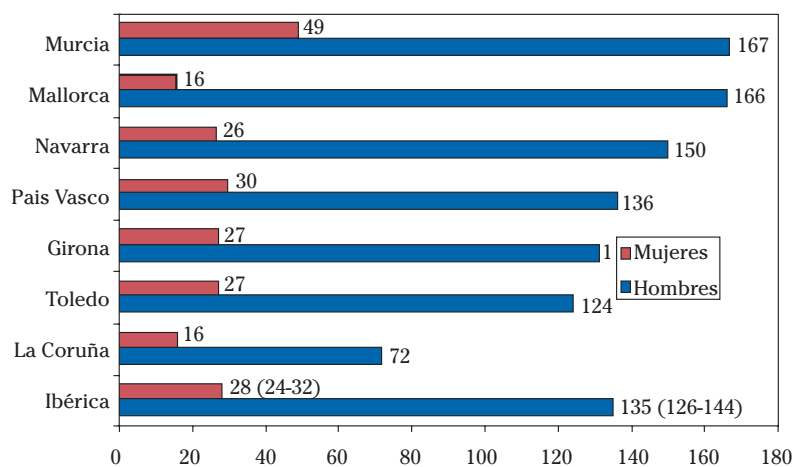
- Los sujetos de estudio son toda la población de Navarra.
- Se monitorizan las tasas de incidencia, mortalidad y letalidad a los 28 días.

- Se recogen las características demográficas, clínicas y antecedentes patológicos de todos los casos sospechosos de I.A.M.
- Se estudian los pacientes atendidos en unidades de cuidados intensivos cardiológicos y en otros servicios hospitalarios de todos los hospitales de Navarra, así como los fallecidos fuera del hospital.
- Se siguen los criterios del estudio MONICA.

### Resultados en Navarra del registro poblacional de infarto agudo de miocardio. Año 2003

Ese año en Navarra se registraron 963 episodios de I.A.M., 681 casos (71%) eran hombres y 282 (29%) mujeres.

Las tasas de incidencia estandarizadas de 25-74 años, (este dato es de 1997), fueron de 150 casos por 100.000 en hombres y 26 por 100.000 en mujeres. En hombres, esta incidencia supera el límite superior del intervalo de confianza (IC) de la tasa de incidencia en el estudio Ibérica, 150 respecto a 144, y en mujeres más baja que la estimación global pero dentro del IC, 26 respecto a 28 (Figura 119).



**Figura 119.** Tasas de incidencia estandarizadas (por 100.000) según género y área del Estudio Ibérica.

Fuente: Instituto de Salud Pública de Navarra. Estudio Ibérica.

Las Tasas de Incidencia aumentan con la edad tanto en hombres como en mujeres y dejando a un lado los 7 casos habidos en hombres menores de 35 años, las tasas oscilan entre el 62,9 y el 10,5 por 100.000 en el grupo de edad de 35 a 44 años en hombres y mujeres respectivamente; hasta el 2.415,5 y 1.810,6 por 100.000 en el grupo de 95 y más años. Las tasas de I.A.M. de los hombres son más altas que las tasas en las mujeres en todos los grupos de edad.



El 51,8% de las personas que presentan un I.A.M. había fallecido a los 28 días siguientes del inicio de los síntomas. La mayoría de los fallecimientos, el 77,6%, se produjeron en los primeros minutos tras el episodio y tuvieron lugar fuera del hospital o durante el traslado al mismo. Una vez alcanzado el hospital, la letalidad a los 28 días es del 19,2%, lo que representa el 22,4% de todos los fallecimientos registrados (Tabla 168).

**Tabla 168.** Letalidad extra e intrahospitalaria de los I.A.M. Navarra 2003.

963 I.A.M.	575 (60%) llegan al hospital	463 (81%) viven a los 28 días
	388 (40%) mueren sin llegar al hospital	112 (19%) mueren a los 28 días

Fuente: Instituto de Salud Pública de Navarra. Elaboración propia.

La letalidad aumenta con la edad y es mayor para mujeres que en hombres globalmente y en casi todos los grupos de edad.

### Enfermedades cerebrovasculares

Las enfermedades cerebrovasculares fueron responsables en Navarra en el año 2003 de 1.445 ingresos y 15.056 estancias, con una estancia media de 10,4 días (Tabla 169). Dentro del grupo de enfermedades cardio-cerebrovasculares, los accidentes cerebrovasculares o ictus constituyen la patología más grave y representaron el 75% de todas las altas y el 81% de las estancias, por este grupo de enfermedades, el 95% tanto de altas como de estancias si incluimos la isquemia cerebral transitoria (Tabla 169).

**Tabla 169.** Altas hospitalarias por enfermedades cerebrovasculares según tipo. Navarra 2003.

ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	Nº altas	%	Nº Estancias	Estancia media
Ictus	1.092	75,5	12.178	11,2
Isquemia cerebral transitoria	277	19,2	2.165	7,8
Cerebrovasculares mal definidas y otras no agudas	43	3,0	319	7,4
Efectos tardíos	33	2,3	394	11,9
Total	1.445	100	15.056	10,4

Fuente: Registro de Morbilidad Asistida de Navarra.

Más de la mitad de los ictus son de origen isquémico (Tabla 170), un 70% si se incluye la isquemia cerebral transitoria.

**Tabla 170.** Altas hospitalarias por ictus según tipo. Navarra 2003.

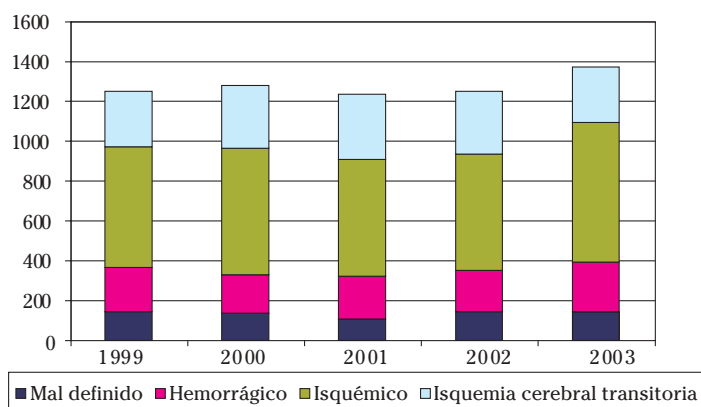
TIPO DE ICTUS	Nº altas	%	Nº Estancias	Estancia media
Hemorrágico	247	18,0	3.211	13,0
Isquémico	701	51,2	7.822	11,2
Enf. cerebrovascular aguda mal definida	144	10,6	1.145	7,9
Isquemia cerebral transitoria	277	20,2	2.165	7,8
Total	1.369	100	14.343	10,5

Fuente: Registro de Morbilidad Asistida de Navarra.

Desde el año 1992 las tasas ajustadas de las altas por enfermedades cerebrovasculares en España han experimentado un crecimiento superior al 50% tanto en hombres como en mujeres. En Navarra las tasas se mantienen estables en las mujeres y muestran una tendencia ligeramente ascendente en hombres. En todos los casos las tasas son superiores en los hombres (Tablas 169 y 170).

La evolución en Navarra de las altas hospitalarias por ictus en los últimos 5 años muestra unas cifras estables, con un ligero incremento de un 10% en el 2003 respecto a los años anteriores. Las cifras reales de ictus podrían ser algo mayores si se tiene en cuenta que el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra cuenta en los últimos años con la presencia física de un neurólogo que deriva directamente al Hospital San Juan de Dios algunos casos de ictus y da altas para estudio y seguimiento ambulatorio a algunos pacientes con Isquemia cerebral transitoria.

La distribución de los tipos de ictus también se ha mantenido estable los últimos años (Fig. 120).

**Figura 120.** Evolución de las altas por ictus. Navarra 1999-2003.

Fuente: Registro de Morbilidad Asistida de Navarra.

## ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

*Eva Ardanaz Aicua<sup>1</sup>, Conchi Moreno Iribas<sup>1</sup>, Ander Arrazola Aranzadi<sup>2</sup>*

### Incidencia

En el año 2004, el Registro poblacional de Cáncer de Navarra ha completado la información referente a los casos incidentes del año 2000, con lo que ha sido posible analizar la evolución de los últimos 3 años (1998-2000) respecto a los quinquenios anteriores.

El progresivo envejecimiento de la población determina que el número anual de casos de cáncer diagnosticados este incrementándose, aumentando con ellos las necesidades asistenciales. Exceptuando piel no-melanoma a principios de los 80 se diagnosticaban aproximadamente 1.400 cánceres y a finales de la década de los 90, la cifra fue de 2.500.

Respecto al quinquenio 1993-97, la incidencia global de cáncer en los años 1998-2000 ha aumentado un 4,2% en los hombres. El conjunto de los tumores relacionados con el hábito tabáquico (cavidad oral y faringe, esófago, laringe, pulmón, vejiga y páncreas) se ha estabilizado respecto al quinquenio anterior y continúa descendiendo la incidencia de cánceres de estómago. Es llamativo el aumento de la incidencia de cáncer de próstata, melanoma, linfomas no Hodgkin y los cánceres de riñón (Tabla 171).

Entre las mujeres de Navarra, se observó un incremento de la tasa de incidencia de todas las localizaciones, 202,8 por 100.000 en el trienio 1998-2000 *versus* 188,7 en el quinquenio 1993-97 (incremento de un 7,4%). El conjunto de los tumores relacionados con el hábito tabáquico ha experimentado un ligero aumento. Así mismo han aumentado las tasas de cánceres de tiroides y ovario en este período. Al igual que entre los hombres disminuyeron los cánceres de estómago.

Atendiendo a las incidencias publicadas referidas al período 1993-97, la tasa de incidencia global de cáncer de los varones de Navarra, era considerablemente más alta que la registrada en varios registros de la Unión Europea (Noruega, Dinamarca u Holanda). Así mismo, la tasa de incidencia de los varones de Navarra se asemeja a la publicada para la Comunidad Autónoma de Mallorca o Girona y fue más alta que la encontrada en Zaragoza, Murcia o Granada. La tasa de cáncer de las mujeres de Navarra se encuentra en un lugar alto entre los registros españoles y bajo respecto a la de los registros europeos.

1. Sección de Enfermedades no Transmisibles y Estadísticas Vitales del Instituto de Salud Pública de Navarra.
2. Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.

**Tabla 171.** Cáncer. Tasas de incidencia bruta (Tasa B) y ajustada (TA) a la población mundial (por 100.000) por localización y sexo. Navarra, 1998-2000.

Localización	Hombres 1998-2000					Mujeres 1998-2000					CIE-9
	Total	%	TasaB	TA	TA93-97	Total	%	TasaB	TA	TA93-97	
Labio	88	2,0	11	5,8	6,1	10	0,3	1,2	0,3	0,4	140
Lengua	25	0,6	3,1	2,2	2,7	10	0,3	1,2	0,8	0,7	141
G. salival	7	0,2	0,9	0,5	0,7	4	0,1	0,5	0,2	0,3	142
Boca	26	0,6	3,3	2,1	3,8	13	0,4	1,6	0,8	0,6	143-5
Resto faringe	54	1,2	6,8	4,7	5	1	0,0	0,1	0,1	0,1	146,8,9
Nasofaringe	9	0,2	1,1	0,7	0,8	2	0,1	0,2	0,1	0,5	147
Esófago	68	1,5	8,5	5,6	6,5	11	0,4	1,4	0,6	0,6	150
Estómago	236	5,3	29,6	15,6	21,4	136	4,5	16,8	6	8,3	151
Intest. delgado	7	0,2	0,9	0,5	1,1	6	0,2	0,7	0,3	0,4	152
Colon	336	7,5	42,2	22	21,3	278	9,2	34,3	14,1	12,3	153
Recto	253	5,7	31,7	17	15,4	145	4,8	17,9	8,3	7,5	154
Hígado, cond. bil.	117	2,6	14,7	7,6	8,3	46	1,5	5,7	2	2,4	155
Vesícula	51	1,1	6,4	2,8	2,9	73	2,4	9,1	2,9	3,8	156
Páncreas	119	2,7	14,9	8,4	8	91	3,0	11,2	4,1	4,2	157
Peritoneo-Retr.	9	0,2	1,1	0,7	0,8	18	0,6	2,2	1,3	1,4	158
Digest. mal def.	13	0,3	1,6	0,7	0	13	0,4	1,6	0,6	0	159
Fosa nasal, senos	7	0,2	0,9	0,6	0,6	4	0,1	0,5	0,4	0,3	160
Laringe	186	4,2	23,3	15,2	14,1	6	0,2	0,7	0,5	0,5	161
Pulmón	732	16,4	91,9	51,6	48,9	95	3,1	11,7	6,6	4,4	162
Otros órg.torácicos	20	0,4	2,5	1,6	1,3	11	0,4	1,4	1	0,8	163-4
Huesos y articul.	9	0,2	1,1	1,2	1,2	5	0,2	0,6	0,5	1,4	170
Conjuntivo	21	0,5	2,6	1,6	2,1	20	0,7	2,5	1,4	1,5	171
Melanoma piel	81	1,8	10,2	6,3	4,5	74	2,4	9,1	6,1	5,8	172
Otros malig. piel	1297		163	87,1	70,6	1125		139	68	52	173
Mama	7	0,2	0,9	0,5	0,5	861	28,5	106	67,3	60,6	174-175
Útero NOS						6	0,2	0,7	0,3	0,2	179
Cérvix ut. invasivo						49	1,6	6	4	3,6	180
Cuerpo de útero						201	6,6	24,8	15	12,1	182
Ovario						143	4,7	17,6	10,8	8,7	183
Otros genit. fem.						38	1,3	4,7	1,9	1,7	184
Próstata	895	20,1	112	54,6	40						185
Testículo	23	0,5	2,9	2,5	1,6						186
Otros genit. masc.	17	0,4	2,1	1,1	1,6						187
Vejiga	324	7,3	40,7	22,1	22,1	52	1,7	6,4	2,6	2,1	188
Riñon, otros urin.	172	3,9	21,6	12,9	9,5	61	2,0	7,5	3,7	4,4	189
Ojo- Lacrimal	4	0,1	0,5	0,5	0,4	6	0,2	0,7	0,4	0,2	190
Encéfalo- SNC.	88	2,0	11	8,2	8,5	78	2,6	9,6	6,2	5,8	191-2
Tiroides	32	0,7	4	2,6	2,7	114	3,8	14,1	10,2	7,9	193
Otras endocrinas	2	0,0	0,3	0,1	0,6	3	0,1	0,4	0,5	0,3	194
Linfomas no Hodgk	151	3,4	19	12,4	9,5	126	4,2	15,6	7,7	7,3	200,202
Enf. de Hodgkin	24	0,5	3	2,6	3,1	20	0,7	2,5	2,3	2,4	201
Mieloma Múltiple	32	0,7	4	2	3	30	1,0	3,7	1,6	2,1	203
Leucemia	90	2,0	11,3	7,1	9,8	66	2,2	8,1	5,2	5,6	204-208
Mal def/sec/No es	126	2,8	15,8	8,2	9,9	98	3,2	12,1	3,9	5,3	O&I
Todas	5.758		722,5	399,4	370,3	4.149		511,7	270,8	240,7	140-208
(sin 173)	4.461	100,0	559,8	312,3	299,7	3.024	100,0	372,9	202,8	188,7	140-209

Fuente: Registro de Cáncer de Navarra. ISP.

### Principales localizaciones

El cáncer de próstata fue la localización más frecuentemente diagnosticada entre los hombres de Navarra durante 1998-2000, 298 casos al año, que representan un 20% del total de casos entre los hombres. Los últimos datos de incidencia publicados por la IARC muestran para los registros de España que las tasas más altas en el período 1993-97 se observaron en Navarra (40 casos por 100.000) y Gerona (39,5) y las tasas más bajas en Asturias (24) y Granada (22). Esta variabilidad todavía es mayor si examinamos los datos europeos o mundiales. Es una localización tumoral que presenta un incremento de las tasas en los últimos años (Tabla 172). El aumento de las tasas de incidencia de los cánceres de próstata observado en Navarra coincide con lo descrito en muchos países desarrollados y se atribuye en buena medida a la introducción de nuevas técnicas de diagnóstico precoz, tales como el "Prostate Specific Antigen" (PSA).

El cáncer de pulmón fue la segunda localización en hombres con 244 casos al año, que suponen un 16 % del total de casos, en las mujeres esta localización supone un 2% del total con 32 casos al año. En los varones resulta esperanzadora la estabilización de los tumores relacionados con el hábito tabáquico, a pesar de objetivarse un ligero aumento de la tasa de cáncer de pulmón. Habrá que esperar a datos futuros para ver si la estabilización de la incidencia de estos cánceres en los hombres de Navarra sigue el patrón descrito en los Estados Unidos o en algunos países de Europa, donde desde los años 90 se observa un descenso.

Entre las mujeres los cánceres relacionados con el tabaquismo mostraron un pequeño incremento aunque las tasas continúan siendo bajas.

En Navarra, el cáncer colorrectal es el tercero más frecuente después de los cánceres de pulmón y próstata en los hombres. Entre las mujeres se sitúa en segundo lugar, tras el cáncer de mama. Este patrón es el mismo que se ha observado en la Unión Europea en los años 90. Se han observado grandes diferencias en las tasas de incidencia para el cáncer colorrectal, de manera que por ejemplo los registros con mayores tasas de incidencia (de Norteamérica) multiplican entre 10-15 veces las tasas publicadas por los registros con tasas más bajas situados en áreas de África y Asia (excepto Japón). Las tasas de incidencia y mortalidad de los hombres y mujeres de Navarra se encuentran en torno a la media.

El cáncer de estómago ocupa el quinto lugar en frecuencia tanto en hombres como en mujeres. En este período se diagnosticaron 79 nuevos casos al año entre los hombres y 45 casos entre las mujeres, representando aproximadamente el 5 y el 4% del total de los tumores malignos. La ratio de las tasas de incidencia de los hombres y mujeres es de 2,6. Continúa el descenso de la incidencia de cáncer de estómago iniciada en las décadas anteriores en ambos sexos.

**Tabla 172.** Tendencias de las tasas de incidencia por cáncer ajustadas por edad a la población mundial. Navarra 1973-2000. Tasas por 100.000 habitantes.

<b>Hombres</b>	<b>1973-77</b>	<b>1978-82</b>	<b>1983-87</b>	<b>1988-92</b>	<b>1993-97</b>	<b>1998-00</b>
Labio, C. bucal y faringe (140-9)	14,7	16,3	19,0	18,0	19,1	16,0
Esófago (150)	6,2	6,8	6,7	6,4	6,5	5,6
Estómago (151)	34,7	31,6	25,2	25,5	21,4	15,6
Colon y Recto (153-4)	19,0	22,4	25,6	30,9	36,7	39,0
Hígado (155)	8,3	7,7	7,3	8,4	8,3	7,6
Vesícula biliar (156)	1,8	1,3	3,7	2,9	2,9	2,8
Páncreas (157)	3,9	5,2	6,7	6,3	8,0	8,4
Laringe (161)	14,6	17,2	17,6	14,5	14,1	15,2
Pulmón (162)	23,2	34,9	42,0	42,2	48,9	51,6
Melanoma (172)	1,6	2,2	2,9	2,9	4,5	6,3
Piel no melanoma (173)	20,3	29,6	42,1	52,9	70,6	87,1
Próstata (185)	17,7	20,5	27,3	27,8	40,0	54,6
Vejiga (188)	15,3	21,5	23,1	27,4	22,1	22,1
Riñón (189)	3,8	5,5	5,7	8,0	9,5	12,9
Encéfalo-SN (191-2)	8,1	7,9	8,9	7,7	8,5	8,2
Tiroides (193)	0,8	0,3	1,2	2,0	2,7	2,6
E. Hodgkin (201)	3,7	2,2	3,3	2,6	3,1	2,6
Linfoma no Hodgkin (200,202)	4,2	5,8	7,6	9,3	9,5	12,4
Mieloma (203)	1,6	1,9	2,4	2,6	3,0	2,0
Leucemias (204-208)	6,1	8,6	7,8	8,3	9,1	7,1
Todas las localizaciones (140-208)	226,8	264,0	304,1	327,1	370,3	399,4
Nº promedio de casos al año*	(695)	(902)	(1105)	(1348)	(1643)	(1920)
Todas excepto piel no melanoma	201,9	243,0	262,0	274,1	299,7	312,3
Nº promedio casos al año sin piel *	(631)	(797)	(947)	(1124)	(1316)	(1487)
<b>Mujeres</b>						
Labio, C. bucal y faringe (140-9)	1,9	2,0	1,3	2,2	2,6	2,3
Esófago (150)	1,2	0,7	0,8	0,5	0,6	0,6
Estómago (151)	17,5	13,5	11,8	9,3	8,3	6,0
Colon y Recto (153-154)	12,9	15,6	18,5	18,8	19,8	22,4
Hígado (155)	6,8	4,7	3,0	3,1	2,4	2,0
Vesícula biliar (156)	3,3	4,4	5,0	3,4	3,8	2,9
Páncreas (157)	2,6	2,9	3,3	3,6	4,2	4,1
Laringe (161)	0,2	0,2	0,2	0,3	0,5	0,5
Pulmón (162)	2,6	3,9	3,7	3,2	4,4	6,6
Melanoma piel (172)	1,9	2,5	3,9	3,6	5,8	6,1
Piel no melanoma (173)	10,8	14,3	23,5	31,1	52,0	68,0
Mama femenina (174)	37,7	38,7	47,4	64,4	60,6	67,3
Cérvix uterino invasivo (180)	3,7	4,1	4,2	5,2	3,6	4,0
Cuerpo de útero&útero NOS (179,182)	12,2	12,6	10,3	12,9	12,3	15,3
Ovario (183)	5,0	6,4	8,0	8,3	8,7	10,8
Vejiga (188)	1,7	2,7	2,3	3,3	2,1	2,6
Riñón (189)	2,1	1,8	3,8	3,3	4,4	3,7
Encéfalo-SN (191-2)	4,3	5,6	5,6	4,4	5,8	6,2
Tiroides (193)	1,8	2,7	5,4	7,5	7,9	10,2
Enf.de Hodgkin (201)	1,5	1,2	1,7	1,7	2,4	2,3
Linfoma no Hodgkin (200,202)	2,5	3,4	4,5	5,9	7,3	7,7
Mieloma (203)	1,2	1,1	1,4	2,0	2,1	1,6
Leucemias (204-208)	4,3	5,1	5,2	6,0	5,6	5,2
Todas las localizaciones	153,1	163,5	193,5	214,1	240,7	270,8
Nº promedio casos al año*	(542)	(644)	(783)	(974)	(1162)	(1383)
Todas excepto piel no melanoma	145,5	153,7	170,0	182,9	188,7	202,8
Nº promedio casos al año sin piel*	(498)	(578)	(675)	(813)	(895)	(1008)

\* (nº promedio de casos anuales para cada periodo). Fuente: Registro de Cáncer de Navarra. ISP.

El cáncer de mama es la localización tumoral más frecuentemente diagnosticada entre las mujeres de Navarra representa el 28,5% de los cánceres diagnosticados con 287 casos anuales y continúa aumentando la incidencia como sucede en otras regiones desarrolladas, coincidiendo con la expansión de los programas de detección precoz.

El cáncer de ovario es el tercero más frecuente entre las mujeres de Navarra, con aproximadamente 47 nuevos casos cada año (4,7% del total). La tasa de Navarra es semejante a la media estimada en la Unión Europea 10,1. Hasta finales de los años 90 los datos de incidencia de Navarra indican un aumento; debemos tener en cuenta que a partir de 1993 se empezó a codificar con la CIE-O2 que introdujo los cistoadenomas de ovario de bajo potencial maligno como infiltrantes.

La tasa de incidencia tumores malignos de cuerpo de útero de Navarra es semejante a la observada en Tarragona o Murcia. Los tumores de esta localización son los más frecuentes en las mujeres tras el cáncer de mama, colorrectal, y ovario, representando en el período 1998-2000, el 6,6% de todos los casos incidentes en mujeres.

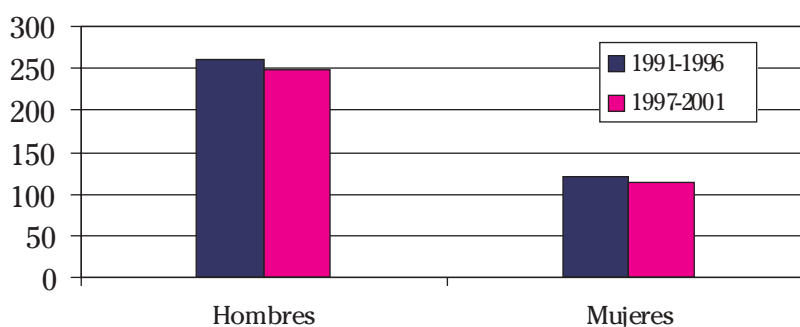
Se diagnostican anualmente en Navarra alrededor de 108 tumores de vejiga invasivos en hombres y 17 en mujeres, siendo uno de los cánceres donde las tasas de los hombres son mucho más altas que las tasas de las mujeres ratio de 8,5. Es el cáncer que ocupa el cuarto lugar en cuanto a frecuencia entre los varones (7,6%) y de los últimos lugares en mujeres (1,2%). Se estima que el tabaquismo es el responsable del 30-40% de los cánceres de vejiga en los países desarrollados.

El aumento de la incidencia en las mujeres puede ser explicado en gran medida por el aumento del cáncer de mama, como ocurre en otras regiones desarrolladas y coincidiendo con la expansión de los programas de detección precoz junto a la evolución de los tumores relacionados con el tabaquismo.

### **La mortalidad por cáncer**

En el último periodo, 1997-2001, las muertes por cáncer representaban el 32,3% del total en los varones y el 22,5% en las mujeres. Confirmando una tendencia observada a finales de la década de los 80, considerando conjuntamente todos los tipos de tumores, la tasa mortalidad por cáncer de los varones supera a la mortalidad por enfermedades circulatorias. Este mismo patrón se observa en España en el año 2000. Señalar también que la tasa de mortalidad por cáncer de los varones de Navarra es un 4% más baja que la de España y además se ha producido un descenso de la mortalidad por esta causa en los últimos años (Fig. 121). El descenso de la mortalidad por cáncer ha afectado también a la mortalidad prematura o APVP, que ha descendido un 8,7% en los hombres. Señalar que el descenso de las tasas de mortalidad por tumores del aparato digestivo en prácti-

camente todas las localizaciones (excepto páncreas) y fundamentalmente el importante descenso de la mortalidad por cáncer de estómago, son en buena medida responsables de la buena evolución del indicador “mortalidad por cáncer”.



**Figura 121.** Comparación de la tasa de mortalidad por cáncer entre periodos por género en Navarra.

Fuente: INE.

Entre las mujeres, se van igualando igualmente las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias y cáncer pero todavía las primeras continúan siendo la primera causa de muerte en Navarra. El conjunto de todas las muertes por los diferentes tipos de cáncer muestra un descenso de las tasas de 5,2% entre el período 1997-2001 versus el periodo anterior (Fig. 121) y lo mismo ocurre con la mortalidad prematura, observándose un descenso de 9,9%. A nivel europeo, la tasa de mortalidad por cáncer de las mujeres de Navarra se encuentra entre las más bajas y se aproximan al país con tasa más baja que es Grecia, mientras los varones presentan una mortalidad similar a la media registrada en la Unión Europea.

**Cáncer de pulmón** y otros tumores relacionados con el tabaco. El cáncer de pulmón ha sido el tipo de tumor que mayor tasa de mortalidad ha presentado entre los varones de Navarra a lo largo de toda la década de los 90 y además las tasas continúan aumentando, un 2,4% en el período 1997-2001 respecto al período 1991-1996. Es, tras los accidentes de tráfico, la segunda causa en APVP entre los varones. Como novedad respecto a las décadas anteriores, los indicadores relativos a la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres registran incrementos importantes en el período 1997-2001 respecto al período 1991-1996, 43% en la mortalidad total.

A nivel europeo la mortalidad por cáncer de pulmón de los hombres de Navarra ocupa un lugar intermedio entre los valores más bajos de países como Suecia, cuyas tasas de mortalidad son aproximadamente un 100% más bajas que las de Navarra y los países con tasas más altas entre



los que se encuentran Bélgica u Holanda. La mortalidad por cáncer de pulmón de las mujeres de Navarra continúa siendo mucho más baja que la de la mayoría de los países de la Unión Europea, encontrándonos en nuestra región en la parte ascendente de la curva reflejo de la tardía introducción del tabaquismo en las mujeres de Navarra.

Respecto a otros tumores relacionados con el tabaquismo hay que señalar que en los hombres han descendido los tumores de la cavidad bucal y faringe, también la mortalidad por cáncer de laringe y ha aumentado la mortalidad por cáncer de páncreas.

**Cáncer de mama.** Entre las mujeres de Navarra en el período 1997-2001, el 3,4% de las muertes totales y el 15% de las muertes por cáncer se deben a esta causa. Representan el 10% de las muertes prematuras o APVP, ocupando el segundo lugar tras los accidentes de tráfico. La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama de Navarra (20,2 por 100.000) en el período 1997-2001 era muy similar a la tasa registrada en el año 2000 en España (20,6 por 100.000).

En Navarra, la evolución del cáncer de mama en el período 1991 a 2001 muestra una evolución buena en todos los indicadores. En cuanto al número absoluto de muertes se ha pasado de una media anual de 85 a 78 en los períodos 1991-1996 a 1997-2001. La tasa ajustada de mortalidad y la tasa ajustada de APVP han disminuido en los mismos períodos: un 20,2 y 17%, respectivamente. Esta tendencia se asemeja a lo observado en España, donde las tasas descendieron un 17% cuando se compara el año 2000 respecto a 1996 (hasta ese año las tasas iban en aumento).

**Cánceres ginecológicos.** Las muertes por cáncer de ovario representan aproximadamente el 1% de las defunciones entre las mujeres y el mismo porcentaje representan los tumores de útero. A lo largo de la década de los 90 se ha observado en Navarra un descenso de la mortalidad por cáncer de útero y un incremento del cáncer de ovario, y el mismo patrón se ha registrado en España donde disminuyó un 12% la mortalidad por cáncer de útero y se incrementó un 10,6% la mortalidad por cáncer de ovario entre 1991 y 2000.

Navarra presenta menores tasas de mortalidad por cáncer de útero (4,6 por 100.000 en Navarra *versus* 6,3 en España), mientras que la magnitud de las tasas es muy similar para el cáncer de ovario: 6,2 muertes por 100.000, tanto en Navarra como España.

**Cánceres digestivos.** Siguiendo una tendencia que se había iniciado en las décadas anteriores, la mortalidad por cáncer de estómago muestra un descenso importante en la década de los 90. En cifras absolutas se ha pasado de una media anual de 70 y 40 fallecimientos en hombres y mujeres en el período 1991-1996 a cifras de 58 y 36 en el quinquenio siguiente. Las tasas ajustadas han descendido un 29,7% en los hombres y un 22,5% en las mujeres y las tasas ajustadas de APVP todavía más, un 43,5 y un 53%, respectivamente. Las tasas de mortalidad por cáncer de estómago de Na-

varra y España a finales de la década de los 90 son muy similares, en torno a 16 por 100.000 en los hombres y 7 por 100.000 en las mujeres.

La tasa de mortalidad por **cáncer colorrectal** es la tercera más alta tras el cáncer de pulmón y próstata en los hombres y la segunda más frecuente tras el cáncer de mama en las mujeres. Las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal de los hombres son más altas que las de las mujeres, 24,7 y 14,6 por 100.000 en el período 1997-2001, pero muestran una tendencia de signo diferente, en los hombres han disminuido un 5% mientras que en las mujeres han aumentado un 5,8% respecto al período previo 1991-1996. Cuando se observan los datos de los Estados Unidos o los datos globales de la Unión Europea, las estadísticas de mortalidad, muestran que el cáncer colorrectal está descendiendo. En la Unión Europea entre 1988 y 1996, la mortalidad disminuyó un 12,4%; en los Estados Unidos los datos de mortalidad muestran descensos que se iniciaron en la década de los 70.

**Cáncer de próstata.** La mortalidad por cáncer de próstata, que había presentado una tendencia creciente en la década de los 80, presenta una estabilización en los 90. La tasa de mortalidad del período 1997-2001 fue un 6,6% más baja que la descrita en el período 1991-1996 (25,0 y 26,8 por 100.000, respectivamente). También los datos de España muestran un ligero descenso de las tasas de mortalidad en los últimos años, pasando de 23,7 en el año 1999 a 22,4 muertes por 100.000 en el año 2000.

En la Unión Europea, las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata más altas se observaron en Suecia y las más bajas en Grecia. Las estadísticas de mortalidad de la Unión Europea muestran una estabilización de las tasas en el período 1988-1996, mientras que entre la población blanca de los Estados Unidos la mortalidad por cáncer de próstata esta disminuyendo desde principios de la década de los 90.

**Leucemia.** Las tasas de mortalidad por leucemia registradas en Navarra son muy similares a las encontradas en España. En la década de los 90 se observa un descenso de las tasas en ambos sexos.

### Supervivencia a los 5 años

De los pacientes diagnosticados de cáncer en el período 1990-94 en Navarra la tasa de **supervivencia observada** a los 5 años fue del 36,2% en los hombres y del 54,2% en las mujeres. En el mismo período la tasa de **supervivencia relativa** fue de 43,9 y 61,2%, respectivamente (Tabla 173). Hay dos razones que explican estas diferencias entre sexos. En primer lugar, las mujeres presentan tasas de supervivencia más altas para la mayoría de los tipos de cáncer. En segundo lugar, los cánceres más comunes de las mujeres (mama, útero) tienen de moderado a buen pronóstico, mientras que los cánceres más frecuentes de los hombres (pulmón o estómago) tienen pobres supervivencias. Este patrón es el mismo que se ha descrito en todos los países europeos participantes en EURO CARE y el factor ex-

plicativo más importante, según los autores es, como en el caso de Navarra, el diferente peso de los diferentes cánceres: mama, colon y cérvix suman el 50% de los cánceres las mujeres mientras que pulmón, colorrectal y estómago suponen el 50% en los hombres.

La comparación de las tasas de supervivencia de 1990-94 con las del quinquenio anterior, muestran un incremento más acusado entre las mujeres (de 53,2% a 61,2%) que en los hombres (de 42,1% a 43,9%) que también se explicaría en buena medida por el mayor peso en las mujeres de tumores de buen pronóstico como el cáncer de mama en el quinquenio 1990-94 (pasando de suponer el 28,9 al 36,4%), coincidiendo con la implantación del screening de cáncer de mama. Entre los hombres en cambio aumentó el peso relativo del cáncer de pulmón en el quinquenio 1990-94 respecto al quinquenio anterior.

A continuación se realiza un breve comentario comparativo de los resultados de Navarra y otras comunidades.

La supervivencia relativa de los varones diagnosticados de cáncer de próstata en el período 1990-94 fue de 87,3% en el primer año y 64,0% a los 5 años. Los pacientes diagnosticados en el quinquenio 85-89 presentaron una supervivencia muy similar pero comparativamente más alta que la media estimada para España y los países participantes en EUROCORE II (Tabla 177) y los pacientes diagnosticados en el período 1990-94 presentaron una supervivencia relativa semejante a la estimada para España y Europa para el mismo quinquenio (EUROCORE III).

La supervivencia de los hombres diagnosticados de cáncer de pulmón en Navarra en el período 1990-94 fue de 35,6% al primer año y de 12,8% a los 5 años. Las mujeres presentaron una supervivencia muy similar (31,9% al primer año y 11% a los 5 años). La media de supervivencia a los 5 años, en el mismo período, fue de 8,9 y 9,9% en Europa. Los datos procedentes de otros registros españoles indican igualmente altas supervivencias en España: 12,3% en varones y 13,9% en mujeres, señalando los autores de EUROCORE que esta desviación es probablemente atribuible a un incompleto seguimiento de los pacientes.

La supervivencia relativa a los 5 años de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama entre 1990-94 fue del 81,5% en Navarra; las tasas de supervivencia relativa son muy similares entre los 15-74 años, mientras que bajan en el grupo de 75 años y más. Este patrón es muy similar al encontrado por EUROCORE entre las pacientes europeas diagnosticadas entre 1990-94 (supervivencia a los 5 años de 78% en el grupo de 15-44 años, 81% en el grupo de 45-54, 78% entre 55-64, 76% en las pacientes de 65-74 años y 68% en las mayores de 75 años).

La supervivencia relativa de los pacientes con cáncer de estómago diagnosticados en los períodos 1985-89 y 1990-94 en Navarra osciló en cifras en torno al 50% al primer año y en torno al 25% a los 5 años. En los datos de

Navarra no se aprecia una supervivencia consistentemente más alta entre las mujeres, aunque en la mayoría de las poblaciones europeas las mujeres presentan una supervivencia algo más alta que los hombres. La supervivencia disminuye con la edad, patrón observado igualmente en EUROCARE.

**Tabla 173.** Supervivencia para el cáncer. Navarra 1985-94, Europa 1985-94. Supervivencia relativa (%) estandarizada por edad.

<b>HOMBRES</b>		Navarra*	España	Europa	Dinamarca	Francia	Holanda	Inglaterra	Italia	Suecia	Suiza
Todas sin Piel	SR-5 (1985-89)	42,1	39,4	35	31,8	37,7	34,7	31,1	33,9	47,6	42,2
	SR-5 (1990-94)	43,9	44	39,8	36,4	44,6	41,6	35,9	39,1	49,9	47,1
Prostata	SR-5 (1985-89)	63,9	54,5	55,7	41	61,7	55,3	44,3	47,4	64,7	71,4
	SR-5 (1990-94)	64,0	65,5	65,4	41,5	75,2	68,4	53,8	63,9	67,4	67,0
Pulmón	SR-5 (1985-89)	8,0	11,9	8,9	5,6	11,5	11,7	7,0	8,6	8,8	10,3
	SR-5 (1990-94)	12,7	12,4	9,7	6,1	13,1	11,7	7,4	9,8	8,5	9,7
Estómago	SR-5 (1985-89)	27,9	25,3	19,3	12,2	23,8	18,0	11,2	20,2	17,9	21,2
	SR-5 (1990-94)	26,0	26,8	20,0	11,4	21,4	17,5	12,8	23,7	18,1	24,0
Colon	SR-5 (1985-89)	53,9	49,5	46,8	39,2	51,8	58,7	41,0	46,9	51,8	52,3
	SR-5 (1990-94)	51,0	55,0	49,2	43,2	55,9	51,9	45,7	51,2	52,2	55,0
Recto	SR-5 (1985-89)	43,7	43,3	42,6	38,2	48,4	52,4	40,1	43,0	49,2	52,6
	SR-5 (1990-94)	45,1	50,0	45,1	41,8	51,5	55,2	43,7	46,0	52,4	55,8
Vejiga	SR-5 (1985-89)	71,3	69,2	65,2	50,3	59,2	65,3	65,6	65,1	72,6	55,1
	SR-5 (1985-89)	72,7	75,4	69,5	65,9	67,3	73,5	69,3	70,3	72,9	68,5
<b>MUJERES</b>		Navarra*	España	Europa	Dinamarca	Francia	Holanda	Inglaterra	Italia	Suecia	Suiza
Todas sin Piel	SR-5 (1985-89)	53,2	49,2	47,5	44,8	55,7	50,7	42,7	49,2	56,7	54,9
	SR-5 (1990-94)	61,2	56,4	51,2	48,1	58,9	54,2	46,8	53,1	56,5	57,4
Mama	SR-5 (1985-89)	71,2	70,4	72,5	70,6	80,3	74,4	66,7	76,7	80,6	79,6
	SR-5 (1990-94)	81,5	78,0	76,1	74,9	81,3	78,2	73,6	80,6	82,6	80,0
Pulmón	SR-5 (1985-89)	8,1	-	9,9	5,9	15,9	10,8	7,1	10,1	9,6	10,5
	SR-5 (1990-94)	11,7	12,8	9,6	5,9	15,9	12,4	7,7	10,5	11,5	16,2
Estómago	SR-5 (1985-89)	31,2	28,3	23,6	15,0	26,3	21,6	12,7	27,4	16,6	25,4
	SR-5 (1990-94)	26,5	30,4	25,4	14,0	28,0	24,6	15,2	29,6	19,3	29,5
Colon	SR-5 (1985-89)	52,9	49,4	46,7	42,7	54,0	55,7	41,3	47,0	55,2	49,4
	SR-5 (1990-94)	55,7	55,8	51,0	47,6	58,7	54,0	46,2	52,1	54,4	56,3
Recto	SR-5 (1985-89)	57,2	43,1	42,9	41,5	48,4	53,8	41,0	44,2	51,9	51,6
	SR-5 (1990-94)	58,5	52,5	49,6	44,6	62,3	53,9	47,4	48,9	57,1	57,3
Útero	SR-5 (1985-89)	76,8	73,0	73,2	75,6	74,7	83,7	72,9	72,9	82,2	76,6
	SR-5 (1990-94)	73,4	75,4	76,0	80,3	73,0	80,1	73,7	76,3	81,3	77,6
Ovario	SR-5 (1985-89)	37,2	40,6	32,9	30,8	37,0	30,1	30,6	31,2	44,5	40,1
	SR-5 (1990-94)	50,5	43,2	36,7	30,9	38,5	36,7	31,5	37,2	41,3	36,6
Vejiga	SR-5 (1985-89)	68,7	70,5	59,7	44,1	54,5	46,5	59,4	63,7	70,3	43,7
	SR-5 (1990-94)	51,1	70,4	67,1	60,9	63,0	67,3	64,1	71,0	69,1	63,8

\* Supervivencia relativa sin estandarizar por edad. Elaboración Registro de Cáncer.

Fuente: Eurocare 2-study, Eurocare-3 study.

La supervivencia relativa de los pacientes diagnosticados de cáncer de colon en Navarra entre 1990–94 fue del 72,4% al primer año y de 53% a los 5 años, muy similar a la observada entre los pacientes con cáncer de recto: 74,9 y 50,6%, respectivamente. La supervivencia no difiere prácticamente entre los hombres y las mujeres con cáncer de colon en los dos periodos estudiados en Navarra, mientras que se observa una supervivencia algo más alta entre las mujeres con cáncer de recto.

La supervivencia de los pacientes de Navarra se encuentra por encima de la media de EURO CARE, excepto para los varones con cáncer de recto. EURO CARE diferencia 3 tipos de países para el cáncer colorrectal: los de alta supervivencia donde se incluyen los nórdicos (Finlandia, Noruega y Suecia), Holanda, Italia, Francia, Alemania y España; los países con bajas supervivencias donde se incluyen Eslovenia o Polonia y los de supervivencias medias donde se encuentran Dinamarca o Reino Unido. Los estudios de alta resolución sugieren que variaciones en el estadio al diagnóstico pueden estar detrás de las diferencias en la supervivencia, aunque en algunas regiones la calidad de la atención sanitaria puede jugar un rol importante

### La hospitalización por cáncer

Se ha estudiado la base de datos de las altas de los hospitales públicos de Navarra (CMBD) del período 1996 a 2003 para caracterizar las hospitalizaciones de los pacientes ingresados por cáncer.

En promedio, cada año se producen 7.000 hospitalizaciones por cáncer que representan el 13,5% del total de hospitalizaciones. El 56% de los ingresos por cáncer se corresponden con el diagnóstico o inicio del tratamiento, por lo que el diagnóstico principal (motivo del ingreso) de ese episodio de hospitalización se registra como cáncer; en un 46% es por una localización específica y en un 10% por tratamiento quimio o radioterápico (Tabla 174). El 44% de las hospitalizaciones se dan en etapas más avanzadas del proceso canceroso, para nuevos tratamientos o por otros motivos o para cuidados paliativos o en el final de la vida.

**Tabla 174.** Indicadores de la hospitalización por cáncer. Período 1996-2003.

	Total Hospital	%	Estancia media	Edad en años	Peso GRD	% Exitus
Diagnóstico principal CIE (140-208)	26.015	46.4	11,3	64,3	2,350	6,0
Diag. principal quimio o radioterapia	5.302	9.5	3,9	50,2	1,099	21,2
Cáncer en diagnóstico secundario	24.696	44.1	10,1	62,7	1,930	9,4
TOTAL	56.013	100.0	10,1	62,2	2,046	8,9

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O.

A lo largo de estos años las hospitalizaciones por esta causa han ido incrementándose constantemente. En conjunto el incremento es del 4,4% anual, pero tanto las hospitalizaciones con diagnóstico principal de cáncer como las causadas en etapas más avanzadas superan el 5% anual (Tabla 175).

Para las causas más frecuentes de hospitalización la estancia media es de 10- 11 días. Los ingresos para quimioterapia generan en promedio 4 días de estancia.

La mortalidad en la hospitalización de los enfermos con cáncer es en conjunto del 8,9%. Pero los pacientes cuyo diagnóstico principal es quimioterapia presentan una mortalidad de 21,2% lo que puede ser atribuido al uso de la quimioterapia con fines paliativos en grupos de pacientes con enfermedad muy avanzada.

**Tabla 175.** Evolución de las hospitalizaciones por cáncer en los hospitales públicos de Navarra.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Diagnóstico principal de cáncer (CIE 140 - 208)	2.521	2.963	3.104	3.331	3.430	3.441	3.605	3.620	26.015
Diagnóstico principal radioterapia	27	11	12	6	13	10	4	8	91
Diagnóstico principal quimioterapia	744	862	587	547	593	610	706	562	5.211
Diagnóstico secundario de cáncer (CIE 140 - 208)	2.397	2.922	2.855	2.960	3.167	3.282	3.592	3.521	24.696
Total	5.689	6.758	6.558	6.844	7.203	7.343	7.907	7.711	56.013

Fuente: CMBD de los hospitales publicos. SNS-O.

### La hospitalización y la evolución del cáncer en Navarra

Según se ha visto en los apartados anteriores, la evolución de la incidencia del cáncer en Navarra, comparando la información del último periodo disponible (1998-2000) con el periodo anterior (1993-1997), señala un incremento de la incidencia del 4,2% en hombres y del 7,5% en mujeres. Pero la presencia real de personas con diagnóstico de cáncer en nuestra comunidad es mayor, por dos razones:

- El envejecimiento de la población hace que cada año más población esté expuesta a desarrollar un cáncer. De hecho, en cada año de los dos periodos que se han comparado, el incremento del número de casos ha sido del 13,0% en hombres y del 12,6% en mujeres. O dicho de otra manera, cada año de los 3 últimos (1998- 2000) se diag-

notificaron 171 casos más en hombres y 113 casos más en mujeres que en cada año del quinquenio anterior (1993-1997).

- La constante mejora de la supervivencia de las personas diagnosticadas de cáncer es consecuencia por una parte de mejoras en el diagnóstico, haciéndolo más temprano, y por otra de la aplicación de tecnologías y procedimientos que de forma efectiva modifican el curso 'natural' de la enfermedad, modificando la mortalidad, aumentando por tanto la prevalencia de personas diagnosticadas.

Tal como se ha referido en el apartado de hospitalización, el incremento de los ingresos por cáncer ha sido constante a lo largo de los años analizados. Además de las consideraciones anteriormente expuestas (incremento de casos incidentes y de la supervivencia) existentes otros factores que inciden en la utilización de las camas hospitalarias. Unos factores se relacionan con la demanda, con las expectativas de atención de los ciudadanos que muestran un comportamiento más activo y exigente respecto a su situación y otros tienen que ver con la oferta. Entre estos últimos son de destacar:

- El desarrollo organizativo y de estructuras asistenciales habida en Navarra en el último quinquenio (desarrollo de la Oncología Médica en el Hospital de Navarra, implantación de la Oncología en el Hospital de Tudela, puesta en marcha de comisiones asistenciales por tumores, entre otras).
- La gestión de las alternativas asistenciales disponibles, esto es, las decisiones de uso del recurso cama (hospitalizar o no), las alternativas de derivación entre primaria y especializada, o entre estos y el Hospital San Juan de Dios, la existencia de recursos suficientes para atender en Hospital de Día o para acercar los cuidados paliativos allí donde pueden ser necesarios.

## ACCIDENTES

*Mariano Gallo Fernández\**

### Los accidentes de trabajo

En la última década los accidentes de trabajo en Navarra han ido aumentando, en valores absolutos, de año en año hasta 2001, disminuyendo estas cifras en 2002 y 2003 (Fig. 122). El número total de accidentes laborales ha pasado de 17.555 en 1993 a 29.210 en 2003, con un aumento del

---

\* Instituto Navarro de Salud Laboral.

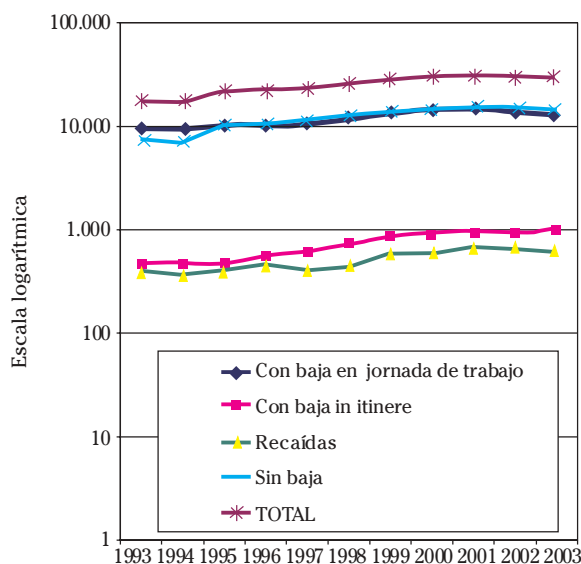
66,4%. Los mayores incrementos se han producido en los ocurridos “in itinere” (aumento del 120,7% en el decenio), los que no causaron baja aumentaron un 102,3% y los accidentes de trabajo con baja durante la jornada laboral se incrementaron el 36,3 %.

Considerando la gravedad de estos accidentes ocurridos en Navarra en este período se observa que los leves suponen alrededor del 99%, los graves suelen estar por debajo del 1% y los mortales oscilan sobre el 0,1% (Tabla 176). De todos modos conviene matizar que se observa una infradeclaración respecto al grado de las lesiones, pues un número significativo de los declarados inicialmente leves tienen largos periodos de incapacidad temporal o terminan en una declaración de invalidez permanente.

**Tabla 176.** Evolución del número de accidentes con baja en jornada de trabajo por gravedad. Navarra 1993-2003.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Leves	9.125	9.192	9.940	9.699	10.360	11.822	13.303	14.309	14.476	13.254	12.551
Graves	161	129	162	179	128	153	162	157	159	166	196
Mortales	22	24	20	9	20	19	20	32	14	19	20
TOTAL	9.308	9.345	10.122	9.887	10.508	11.994	13.485	14.498	14.649	13.439	12.767

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral. Elaboración propia.

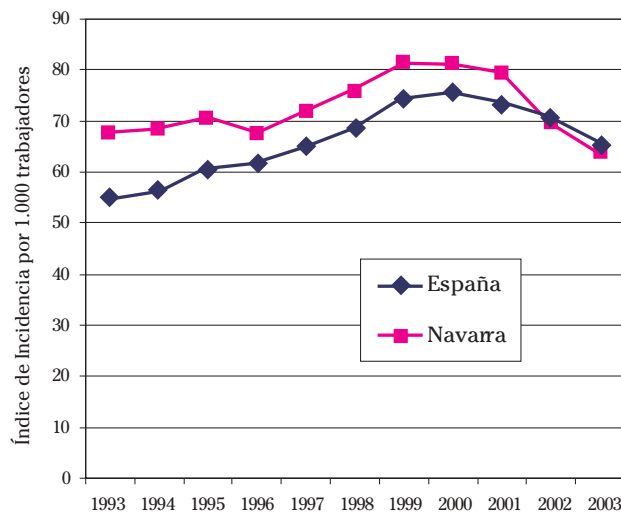


**Figura 122.** Evolución de los accidentes de trabajo por tipo. Navarra 2003.

Fuente: INSL y MTAS. Elaboración propia



La incidencia anual de accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo también se fue elevando progresivamente hasta el año 2000, disminuyendo en 2001, 2002 y 2003. En 2003 se alcanzó un índice de incidencia inferior al de 1993 (Fig. 123). Navarra ha estado históricamente en el grupo de comunidades autónomas que superaban sistemáticamente la media nacional del índice de incidencia, salvo los dos últimos años en que se ha situado por debajo de la media nacional. En 2003 se vio afectado el 6,6 % de la población asalariada española y el 6,4% de la navarra.



**Figura 123.** Evolución Índices de Incidencia de accidentes de trabajo con baja en jornada laboral (1993-2003).

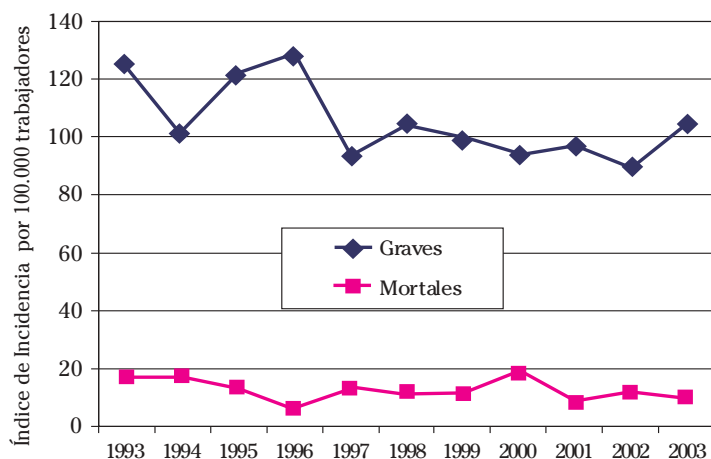
Fuente: IINSL y MTAS. Elaboración propia.

En el período estudiado se han producido oscilaciones en los índices de incidencia por accidentes graves y mortales, sin descensos sostenidos, dando una imagen de diente de sierra irregular (Fig. 124).

Navarra ha estado generalmente por debajo de la media española en la duración media de las bajas por siniestros laborales. En la Comunidad Foral se observan accidentes con menor período de incapacidad temporal que en el resto de España, habiéndose dado un descenso paulatino en este indicador (Fig. 125).

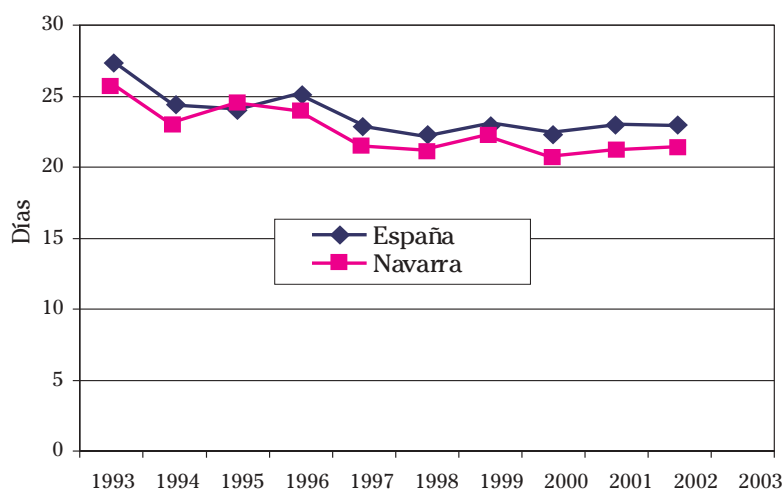
EUROSTAT está realizando esfuerzos para conseguir estadísticas armonizadas en esta materia entre los estados miembros de la UE. Esta tarea es muy difícil dada las diferentes definiciones legales de siniestro laboral y los dispares métodos de registro. Un factor importante que dificulta la realización de comparaciones con las estadísticas europeas se deriva de la definición de accidente de trabajo dada por la legislación española,

que es muy amplia. Por otro lado se debe citar que España tiene uno de los sistemas de declaración más exhaustivos. Como ejemplo se puede citar que, casi todos los años, más de los dos tercios de los accidentes de trabajo mortales declarados en Navarra se deben a accidentes de tráfico y a patologías no traumáticas. Estas cifras son similares a las que se dan en el conjunto de España, con pequeñas variaciones anuales.



**Figura 124.** Evolución Índices de Incidencia de accidentes de trabajo graves y mortales (Navarra 1993-2003).

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral. Elaboración propia.



**Figura 125.** Evolución de la duración media de las bajas por accidente de trabajo en jornada (1993-2003).

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Elaboración propia.

En Navarra la construcción es, con gran diferencia, el sector con mayor índice de incidencia en accidentes de trabajo, llegando a doblar al de la industria (Tabla 177). Los sectores agrario, industrial y de servicios suelen estar alrededor de la media española e incluso por debajo de ella. Sin embargo el índice de la construcción en la Comunidad Foral ha sido más alto, salvo en los dos últimos años. Esto ha debido influir significativamente en el hecho de que el índice general navarro en 2002 y 2003 también haya estado por debajo de la media española.

**Tabla 177.** Índices de Incidencia de accidentes con baja en jornada de trabajo por sector económico (Navarra-España 2003).

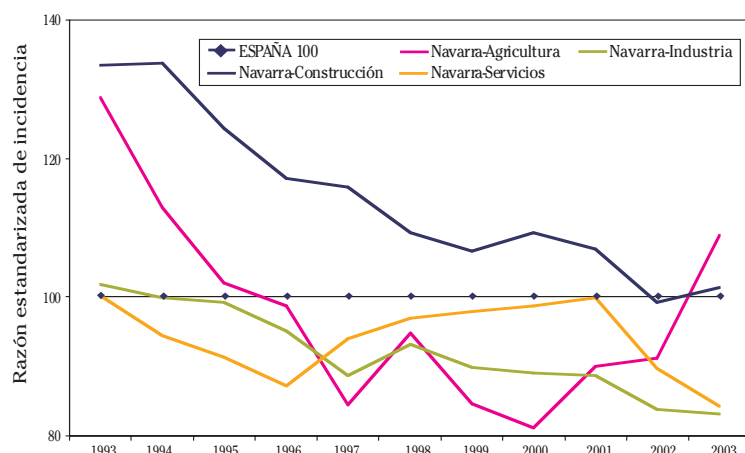
SECTORES ECONÓMICOS	NAVARRA	ESPAÑA
Agricultura	29,7	27,3
Industria	81,7	98,3
Construcción	155,9	153,7
Servicios	39,3	46,7

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral. Elaboración propia.

Considerando la Razón Estandarizada de Incidencia se observa que en 1993 estaban por encima de la media española todos los sectores, ligeramente en Industria y Servicios y de forma extrema en Agricultura y Construcción. Desde 1994 el número de accidentes notificados en Navarra, en los sectores industrial y de servicios, ha sido menor al esperado de acuerdo con el índice de incidencia nacional del sector correspondiente. En la agricultura empezaron a ser menores que los esperados desde 1996, con un ligero repunte en 2003. La construcción fue disminuyendo la diferencia respecto a la media española, consiguiendo valores similares a ella los dos últimos años (Fig. 126).

No obstante deben señalarse en cada sector unas actividades económicas que se desvían de forma significativa de la media general. Se indican a continuación, dentro de cada sector en Navarra, las que suelen superar, de forma importante y repetida en los últimos años, un índice de incidencia de 100 por 1.000 trabajadores:

- La agricultura: la actividad económica de “Silvicultura y explotación forestal” (suele tener el mayor índice de incidencia de la Comunidad Foral).
- La industria: las actividades económicas de “Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria”, “Industria de la madera y corcho”, “Fabricación de otros productos minerales no metálicos”, “Extracción de minerales no metálicos ni energéticos” y “Fabricación de productos del caucho y materias plásticas”.
- La construcción.
- La servicios: las “Actividades de saneamiento público”.



**Figura 126.** Razón estandarizada de incidencia de accidentes de trabajo. España-Navarra (1993-2003).

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Elaboración propia.

Cerca del 18 % de los accidentes laborales de Navarra afectan a mujeres. Sin embargo, en los servicios superan la tercera parte del total. Esto concuerda con la desigual distribución de la población laboral femenina en las distintas actividades económicas.

Parece existir una relación causal entre siniestralidad laboral y temporalidad en el empleo, especialmente en la construcción.

Más de la mitad de los accidentes ocurren en empresas con menos de 50 trabajadores, mientras que en las de plantillas superiores a 500 trabajadores apenas rozan el 7%. Superan el índice de incidencia medio las empresas con plantillas entre 6 y 100 trabajadores. Las grandes empresas tienen índices mucho más bajos.

Considerando el lugar del accidente se observa que el 90% suelen ocurrir en el centro de trabajo habitual, el 7% en otro centro o lugar de trabajo y el 3% en desplazamiento dentro de la jornada de trabajo. Sin embargo cerca del 30% de los accidentes graves y mortales ocurren fuera del centro habitual de trabajo.

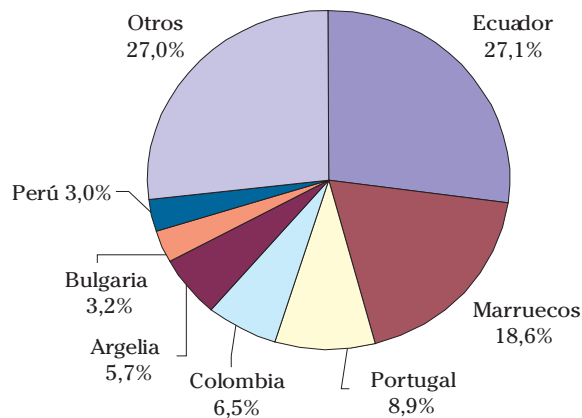
En los leves las lesiones más frecuentes son torceduras, contusiones y esguinces y en los graves predominan las fracturas. En los mortales la casuística es más dispar. Sobre el total de accidentes, las manos son la parte del cuerpo más lesionada.

Además se debe tener en cuenta que alrededor del 3% de las empresas navarras concentran cerca del 50% de los accidentes de trabajo.

Considerando la población inmigrante se observa que en 2003 los accidentes notificados en extranjeros llegaron a ser el 7,5% del total de la

accidentalidad laboral declarada. Destacan los ecuatorianos que suponen más de la cuarta parte de los accidentados extranjeros, seguidos de cerca por los marroquíes. Entre los accidentados de la Unión Europea ocupan el primer lugar los portugueses (Fig. 127). Estos datos concuerdan con las nacionalidades que tienen mayor población trabajadora en Navarra.

Los datos de accidentes de trabajo de 2003, tal como indica el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, deben tomarse con cautela debido, en parte, a que ha sido el primer año de notificación electrónica (Delt@) lo que ha podido ocasionar algún desfase.



**Figura 127.** Distribución de accidentes de trabajo con baja en jornada laboral por nacionalidad de origen en trabajadores extranjeros (Navarra 2003).

Fuente: INSL. Elaboración propia.

### Los accidentes de tráfico

En el último quinquenio se ha producido en Navarra un descenso significativo en las cifras de accidentes de tráfico con víctimas, así como en el propio número de víctimas. Este descenso ha sido mucho más acusado que en el conjunto de España, tanto para las víctimas totales como para los fallecidos. Similar situación se da si consideramos el tipo de vía donde ocurrió el siniestro (carretera o vía urbana).

Según datos de la Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior, durante el año 2003, se produjeron en Navarra 583 accidentes de tráfico con víctimas (heridos y muertos), lo que supone un descenso del 21,6% respecto a 1998. Sin embargo en España aumentaron estos siniestros, pasando de 97.500 accidentes de tráfico con víctimas en 1998 a 99.987 en 2003, con un aumento cercano al 2,5%. Sin embargo, el número de accidentes con muertos descendió en ambos territorios, desde 87 en 1998 a 73 en 2003 en la Co-

munidad Foral. Esto ha supuesto una disminución del 16,1% en Navarra, mientras que en el conjunto de España ha sido del 5,4% (Tabla 178).

**Tabla 178.** Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas. Navarra y España, 1998-2003.

Año	España						Navarra					
	Total			Con fallecidos			Total			Con fallecidos		
	Total	Carretera	Urbano	Tot.	Carret.	Urb.	Tot.	Carret.	Urb.	Tot.	Carret.	Urb.
1998	97.570	44.388	53.182	4.319	3.567	96	583	487	96	87	72	15
1999	97.811	44.784	53.027	4.239	3.555	75	579	504	75	97	83	14
2000	101.729	44.720	57.009	4.372	3.624	64	517	453	64	92	81	11
2001	100.393	45.483	54.910	4.170	3.452	58	505	447	58	89	74	15
2002	98.433	44.871	53.562	4.031	3.377	45	461	416	45	68	62	6
2003	99.987	47.567	52.420	4.084	3.415	51	457	406	51	73	65	8

Fuente: Dirección General de Tráfico.

Considerando el número de muertos y heridos en estos accidentes, el descenso es aún más relevante al haber tenido en 1998, en Navarra, 1.042 víctimas mientras que en 2003 fueron 737, con una disminución del 29,3%. Por contra en España aumentó un 5,4% el número de víctimas en el período. Teniendo en cuenta sólo los fallecidos, se observa que el número de muertes también disminuyó en Navarra, desde los 115 muertos en 1998 a los 83 de 2003 (descenso del 27,8%). En el conjunto del estado también disminuyeron las defunciones por accidentes de tráfico (descenso del 9,4%) (Tabla 179).

**Tabla 179.** Evolución del número de víctimas en accidentes de tráfico. Navarra y España, 1998-2003.

Año	España						Navarra					
	Total			Con fallecidos			Total			Con fallecidos		
	Total	Carretera	Urbano	Tot.	Carret.	Urb.	Tot.	Carret.	Urb.	Tot.	Carret.	Urb.
1998	147.334	77.679	69.655	5.957	4.811	1.146	1.042	921	121	115	99	16
1999	148.632	78.854	69.778	5.738	4.709	1.029	993	902	91	122	106	16
2000	155.557	79.057	76.500	5.776	4.706	1.070	1.002	903	99	118	106	12
2001	155.116	79.700	75.416	5.517	4.543	974	890	808	82	106	90	16
2002	152.264	78.517	73.747	5.347	4.435	912	799	741	58	91	85	6
2003	156.034	83.952	72.082	5.399	4.480	919	737	666	71	83	75	8

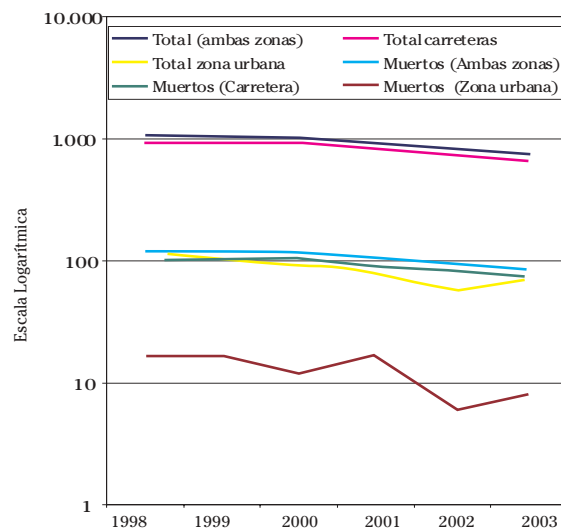
Fuente: Dirección General de Tráfico.

En Navarra, en el período 1998-2003, el citado descenso en el número de accidentes de tráfico con víctimas se ha producido tanto en los ocurridos en carretera como en los ocasionados en vías urbanas (Tabla 178), aunque el descenso ha sido mucho mayor en estos últimos con una disminución del

46,9%, mientras que en carreteras fue del 16,6%. Sin embargo en España hubo un leve descenso del 1,4% en los urbanos, mientras que aumentaron un 7,2% los de las carreteras. Si se consideran sólo los accidentes de tráfico con víctimas mortales en la Comunidad Foral disminuyeron un 9,7% en carretera, mientras que en zonas urbanas el descenso fue del 46,7%. En el conjunto del Estado disminuyeron los accidentes con defunciones en ambos tipos de vías, aunque en proporción menor (4,3% en carreteras y 11% en zonas urbanas).

Situación parecida se observa con el número de víctimas en el citado período, habiendo descendido un 27,7% en carretera y un 41,3% en las zonas urbanas de Navarra (Tabla 179). En España hubo un descenso del 8,1% en carreteras, pero por el contrario en zonas urbanas aumentaron un 3,5%. Teniendo en cuenta únicamente los fallecidos, en Navarra disminuyó la cifra de muertos en un 24,2% en carretera y en un porcentaje aún mayor (50%) en vías urbanas. En el conjunto del estado también disminuyeron los fallecidos, aunque en menor porcentaje (6,9% y 19,8% respectivamente).

En Navarra se observa que, en general, las cifras aumentaron en los primeros años del período 1998-2003 y descendieron posteriormente de forma importante. Esto sucede tanto con los accidentes con víctimas como con el número de víctimas (Fig. 128).

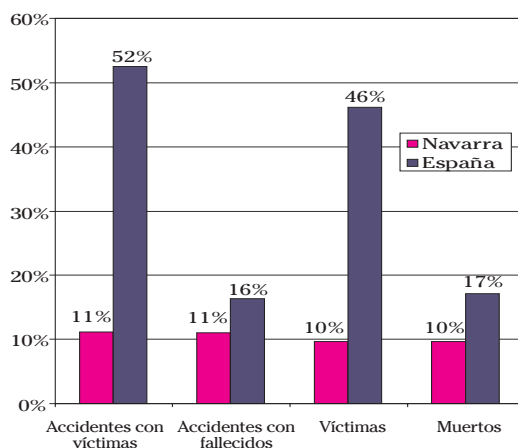


**Figura 128.** Evolución del número de víctimas en accidentes de tráfico (Navarra 1998-2003).

Fuente: Dirección General de Tráfico.

Se observa una gran diferencia entre Navarra y España en la distribución de los accidentes de tráfico en carretera o en zona urbana. En 2003 los accidentes de tráfico con víctimas en la Comunidad Foral se produjeron

mayoritariamente en carretera (88,8%), mientras que en el conjunto del estado predominaron en zonas urbanas (52,4%). Sin embargo si se consideran, en ambos territorios, los accidentes de tráfico con víctimas mortales, así como las víctimas en general o los fallecidos se comprueba que la mayoría suceden en carretera, aunque en Navarra el porcentaje de los ocurridos en vías urbanas es inferior en todos los casos al de España (Fig. 129).



**Figura 129.** Porcentaje de accidentes producidos en zona urbana en Navarra y España en 2003.

Fuente: IDirección General de Tráfico.

Según el tipo de vía, los dos tercios de los accidentes ocurren en Navarra en vías convencionales, seguidos a gran distancia por otros tipos de vía (12%), por autopistas (9%) y por autovías (8%). Sin embargo en España la mitad de los accidentes suceden en los denominados otros tipos de vías (mayoritariamente zonas urbanas), seguidos por las vías convencionales con cerca de un tercio y autovías (9%) (Tabla 180).

**Tabla 180.** Accidentes de tráfico según el tipo de vía (Navarra 2003).

	NAVARRA		ESPAÑA	
	Accidentes	Muertos	Accidentes	Muertos
Autopistas	9,2%	9,6%	3,7%	6,9%
Autovías	8,1%	8,4%	9,5%	13,2%
Vía convencional con carril lento	2,8%	2,4%	1,3%	3,3%
Vía convencional	66,7%	68,7%	32,6%	58,0%
Camino vecinal	0,2%	1,2%	1,3%	2,2%
Vías de servicio y ramales de enlace	0,9%	0,0%	1,0%	0,9%
Otros	12,0%	9,6%	50,5%	15,6%

Fuente: Dirección General de Tráfico.



## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

*Aurelio Barricarte Gurrea, Jesús Castilla Catalán, Mikel Urutiaga Domínguez\**

### ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)

La principal fuente de declaración, en cuanto a número, han sido los 414 médicos adscritos a los 54 centros de salud de Atención Primaria, 327 de los cuales son médicos generales o de familia y 87 pediatras. Asimismo, declaran al sistema diversos servicios hospitalarios, tanto de hospitales públicos como privados, médicos de instituciones privadas, del centro penitenciario y de la sanidad militar. El 20% de estas declaraciones se recibieron con 2 ó más semanas de retraso sobre la fecha prevista.

En el año 2003 la cobertura del sistema de notificación, medida como el porcentaje de partes de notificación recibidos respecto al número de partes posibles (una declaración semanal por médico), ha sido del 75,0%. El porcentaje de declaración fue del 92,6% en el área de Tudela, del 70,0% en el área de Estella y del 72,5% en el área de Pamplona.

En la Tabla 181 se presenta el número de casos de cada enfermedad declarados desde 1993 hasta 2003. A continuación se comenta la situación epidemiológica de las distintas enfermedades, donde el Índice Epidémico (IE) señala la relación entre la situación registrada en el último año respecto al promedio de los 5 años anteriores.

#### Enfermedades de transmisión respiratoria

En el año 2003 se han notificado 28.300 casos de **gripe**, cifra que supone una tasa de 48,92 casos por 1000 habitantes. El número de casos ha experimentado un ligero aumento respecto a los dos años anteriores y se sitúa en un nivel intermedio respecto a los cinco años anteriores (IE: 0,91). Comparando los tres últimos años con los anteriores, se observa que los picos epidémicos han alcanzado incidencias mucho menores.

La **varicela**, con 4.292 casos notificados (7,42 casos por 1000 habitantes), se mantiene en niveles similares a años anteriores, aunque el índice epidémico de 1,59, indica un exceso de incidencia respecto a la mediana del último quinquenio. La máxima declaración de casos se produjo durante la primavera, con más de 100 casos semanales.

---

\* Sección de Enfermedades Transmisibles del Instituto de Salud Pública de Navarra.

**Tabla 181.** Enfermedades de declaración obligatoria. Casos declarados. 1993-2003.

ENFERMEDADES	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Enfermedades de Transmisión Alimentaria</b>								
F. Tifoidea y Paratifoidea	5	3	2	1	—	1	2	2
Disentería bacilar	4	4	6	2	3	3	6	7
Toxinfeción alimentaria	631	482	444	496	288	525	476	343
Triquinosis	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Enfermedades de Transmisión Respiratoria</b>								
Enferm. meningocócica	27	19	17	18	12	10	16	15
Gripe	47.850	44.612	20.462	59.159	31.103	7.778	24.870	28.300
Legionelosis	—	—	—	15	23	42	70	22
Tuberculosis respiratoria	99	91	104	69	82	88	70	71
Otras Tuberculosis	26	39	22	16	21	11	11	13
Varicela	3.738	1.076	3.817	2.461	4.232	2.692	4.352	4.292
<b>Enfermedades de Transmisión sexual</b>								
Infección gonocócica	21	9	2	18	17	16	15	30
Sífilis	7	4	5	2	8	13	8	17
<b>Enfermedades Prevenibles por Inmunización</b>								
Parotiditis	39	59	58	32	28	267	51	45
Rubeola	97	76	35	11	5	1	2	1
Sarampión	44	75	19	3	—	—	—	—
Tétanos	—	—	—	1	—	—	—	1
Tosferina	32	14	7	14	23	9	6	10
<b>Hepatitis Víricas</b>								
Hepatitis A	20	12	11	17	24	33	4	11
Hepatitis B	25	20	17	10	11	14	12	15
Otras Hepatitis	—	10	9	6	7	14	19	24
<b>Zoonosis</b>								
Brucelosis	21	13	11	3	2	7	10	8
Hidatidosis	37	39	17	19	21	21	13	18
Leishmaniasis	—	—	—	1	2	—	—	2
<b>Enfermedades Importadas</b>								
Paludismo	2	1	2	16	5	16	10	7
<b>Otras Enfermedades</b>								
Carbunco	—	—	—	2	3	—	2	—
Tularemia	—	—	—	—	—	—	—	—

Fuente: ISP.

Durante 2003 se notificaron al sistema 15 casos de **enfermedad meningocócica**, lo que supone una tasa de 2,59 casos por 100.000 habitantes y un índice epidémico de 1,0. Los 15 casos fueron confirmados microbiológicamente y todos ellos se presentaron de forma esporádica. En 10 ocasiones se aisló *Neisseria meningitidis* serogrupo B y en las 5 restantes el serogrupo aislado fue el C. Tan sólo se notificó un caso de un niño menor de 2 años, frente a una mediana de 4 casos en el quinquenio anterior. Cuatro casos se produjeron en el grupo de edad de 2 a 5 años, seis casos en el de 6 a 20 años, y los tres casos restantes ocurrieron en personas mayores de 70 años. Todos los casos de niños menores de 6 años estaban vacunados y en ellos se aisló *Neisseria meningitidis* serogrupo B, el cual no está cubierto por la vacuna actual. En el 80% la presentación clínica fue en forma de sepsis, hubo una bacteriemia y las demás fueron meningitis. En un caso se produjo el fallecimiento, lo que supone una letalidad del 6,7%. La incidencia de enfermedad meningocócica se mantiene en niveles similares a los de años anteriores. Tras el descenso en la frecuencia del serogrupo C que se produjo a raíz de la introducción de la vacuna, en los últimos años se viene observando un ligero ascenso que afecta principalmente a adultos no vacunados.

Los casos de **legionelosis** han disminuido por primera vez desde que empezó a notificarse esta enfermedad en 1998. En 2003 se notificaron 22 casos (3,80 por 100.000 habitantes; IE: 0,92). Todos ellos se presentaron de forma esporádica y ninguno fue de origen hospitalario.

La notificación de casos de **tuberculosis respiratoria** mantiene una tendencia descendente. En 2003 se notificaron 71 casos (Tasa: 12,3 casos por 100.000 habitantes), siendo el índice epidémico de 0,93. También han descendido las tuberculosis de localización no respiratoria, de las cuales se notificaron 13 casos en 2003 (1,90 casos por 100.000 habitantes), y tuvieron un índice epidémico de 0,79. Dos de estos casos de tuberculosis se presentaron en forma de meningitis. Globalmente considerada, la tasa de tuberculosis en todas sus formas clínicas es de 14,5 casos por 100.000 habitantes. Cinco casos de tuberculosis ocurrieron en dos pequeños brotes de ámbito familiar. Cerca de un tercio de los casos de tuberculosis se produjeron en personas inmigrantes. Ver apartado específico sobre la evolución de la TBC, más adelante.

### **Enfermedades de transmisión alimentaria**

Las **toxoinfecciones alimentarias**, con 343 casos declarados en 2003, continúan descendiendo por tercer año consecutivo. El índice epidémico fue de 0,71. En 238 casos el cuadro clínico requirió asistencia hospitalaria, bien de urgencias o con ingreso. Un total de 79 casos se presentaron agregados en 14 brotes, y de estos casos, en 18 se requirió la asistencia en el hospital. De los 14 brotes de origen alimentario notifica-

dos, en 12 el agente causal fue la Salmonella (*Salmonella enteritidis* en 10 y *Salmonella sp* en 2).

Por otra parte, se notificaron 7 casos de **disentería bacilar** (tasa, 1,21 por 100.000 habitantes), todos ellos con detección de *Shigella* en el coprocultivo. Aunque su incidencia fue mayor que la de años anteriores (IE: 2,33), no existió agrupación epidemiológica entre los casos. En los últimos 10 años, en Navarra se diagnostican entre 2 y 4 casos al año.

Asimismo, se declararon dos casos de **fiebre tifoidea** con confirmación serológica positiva para *Salmonella typhi*, uno de estos casos fue importado y el otro de carácter autóctono.

Como en años anteriores, no se ha notificado ningún caso de triquinosis, de botulismo, ni de cólera.

### Enfermedades prevenibles por inmunización

El **sarampión** está sometido a un plan para su eliminación, promovido por la Organización Mundial de la Salud. En 2003, por cuarto año consecutivo, no se ha notificado ningún caso de esta enfermedad en Navarra. La **rubéola** también sigue un curso hacia la desaparición ya que sólo se notificó un caso sospechoso (IE: 0,17). Se han notificado 10 casos de **tosferina** (IE: 1,11), si bien, 9 fueron diagnósticos de sospecha clínica y sólo en uno hubo confirmación microbiológica.

Tras la situación epidémica que presentó la **parotiditis** en 2001, con 267 casos, continúa la remisión en la incidencia por segundo año consecutivo, con un descenso hasta 45 casos (7,8 por 100.000) en 2003. La mayor parte de estas notificaciones son sospechas clínicas sin confirmación virológica ni serológica.

Dentro del plan de erradicación de la **poliomielitis** se realizó el estudio serológico y virológico de un caso declarado de parálisis flácida, lo que permitió descartar esta etiología y constatar la ausencia de casos de esta enfermedad.

Se recibió la notificación de un caso sospechoso de **tétanos** en un adulto que no tenía actualizada la vacunación, que finalmente falleció por esta causa. Esto obliga a recordar la importancia de la inmunización antitetánica en adultos. Como en años anteriores no se ha notificado ningún caso de difteria.

### Zoonosis

Se han conocido en 2003 un total de 18 casos de **hidatidosis** (1,73 por 100.000 habitantes; IE: 0,97), cifra similar a la del año anterior. En 2003 se notificaron 8 casos de **brucelosis** (1,38 por 100.000 habitantes; IE: 1,33), todos ellos aparecieron de forma aislada y en 7 la exposición fue de tipo profesional. Durante 2003 no se notificó ningún caso de carbunco.

### Enfermedades de transmisión sexual

Tras la implantación del nuevo sistema de EDO en 1998 ha mejorado la notificación de las enfermedades de transmisión sexual. En 2003 se ha observado un aumento importante, tanto en el número de casos de Infección gonocócica como de sífilis. Se notificaron 30 casos de **infección gonocócica** (5,19 por 100.000 habitantes), lo que supone un 30% más que la mediana de los cinco años anteriores. También se han notificado 17 casos de **sífilis** (2,94 por 100.000 habitantes), que duplican la cifra del año anterior.

### Hepatitis víricas

Durante el año 2003 se han declarado 11 casos de **hepatitis A** (1,90 por 100.000 habitantes), cifra que, aunque es mayor que la del año 2002, es baja en comparación con la mediana del pasado quinquenio (IE: 0,65). La incidencia de **hepatitis B** ha aumentado a 15 casos (IE: 1,25). Los diagnósticos clasificados en la rúbrica de "**Otras hepatitis**" correspondieron a 24 casos con serología positiva para el virus de la hepatitis C. Estos suponen un aumento importante respecto a años anteriores (IE: 1,71), aunque el hecho de que no se disponga de un marcador de infección reciente por virus de la Hepatitis C dificulta su interpretación.

### Enfermedades importadas

Algunas de las enfermedades del sistema EDO se clasifican directamente como importadas, ya que no existen casos autóctonos. De todas ellas, el paludismo fue la única de la que se notificaron casos en 2003. En total se declararon 7 casos de esta enfermedad, un 30% menos que la mediana de los últimos 5 años. Todos ellos fueron casos importados que afectaron a turistas, cooperantes e inmigrantes, que habían visitado países de alta endemia de África o Latinoamérica. En tres casos se identificó el *Plasmodium falciparum*, en uno el *Plasmodium vivax*, en otro el *Plasmodium malarie* y en dos *Plasmodium sp.*

### Comparación de la incidencia con otras CCAA

Con el fin de obtener un marco de referencia para algunos de los datos presentados, se han comparado las tasas de notificaciones de EDO en Navarra con las tasas provisionales del conjunto de España para 2003. Esta comparación puede verse afectada por el mayor tiempo necesario para completar la recepción de notificaciones en el nivel estatal, por lo que sus datos pueden estar parcialmente incompletos. Además, algunas diferencias en las comparaciones geográficas pueden deberse a diferentes grados de cobertura de los sistemas de notificación. Para algunas enfermedades como en la tuberculosis, las declaraciones de EDO se completan en Navarra con la búsqueda activa en otras fuentes como el Sistema de Información Microbiológico, las altas hospitalarias, el registro de mortalidad,

partes de anatomía patológica y el registro de sida. Esta búsqueda activa de casos se realiza sólo en algunas comunidades autónomas, que por tanto, alcanzarán una mayor cobertura de notificación.

La tasa de **enfermedad meningocócica** en Navarra en 2003 (2,59 por 100.000) fue muy similar a la del conjunto de España (2,55 por 100.000 habitantes), si bien algunas comunidades como el País Vasco y Cantabria presentaron tasas de incidencias algo más elevadas (más de 4 casos por 100.000). El porcentaje de casos con aislamiento del serogrupo C fue algo mayor en Navarra (33%) que en España (23,7%), y la letalidad de los casos estuvo en un rango similar (7,1% y 8,8%, respectivamente).

La tasa de notificaciones de **gripe** durante 2003 fue algo superior en Navarra (48,9 por 1000 habitantes) que en España (36,9 por 1000), y lo mismo ocurrió con la varicela (7,5 y 4,5 por 1.000, respectivamente).

Con el descenso en la incidencia de **legionelosis** en el último año en Navarra, la tasa ha quedado muy próxima a la del promedio nacional (2,95 por 100.000). No obstante, el exceso de esta enfermedad en Navarra puede estar explicado en parte por la búsqueda frecuente del antígeno en orina en los pacientes con neumonía.

La incidencia de **tuberculosis respiratoria** en Navarra se mantiene por debajo de la tasa media nacional (12,3 y 15,6 por 100.000, respectivamente) aunque la diferencia será probablemente mayor si como antes se ha dicho, tenemos en cuenta que la notificación en Navarra es completada mediante la búsqueda activa de casos.

En cuanto a las enfermedades prevenibles por inmunización, mientras que en Navarra no se ha notificado ningún caso de **sarampión** desde 1999, en el conjunto de España siguen detectándose casos, con una tasa de 0,59 por 100.000 habitantes en 2003. Como se ha dicho antes, en Navarra se notificó un único caso sospechoso de **rubéola** que no fue estudiado serológicamente, lo que supone una tasa de 0,18 por 100.000 habitantes, algo menor que los 0,29 por 100.000 en el nivel estatal. Las notificaciones de **parotiditis** en 2003 han disminuido en el conjunto del país más que en Navarra, con tasas de 4,1 y 7,9 por 100.000 habitantes, respectivamente. No obstante la gran mayoría de estos casos son sospechas clínicas sin confirmación serológica, por lo que su interpretación ha de hacerse de forma matizada.

Al igual que en Navarra, en el conjunto de España también ha aumentado la incidencia de **sífilis** e **infección gonocócica** en 2003, alcanzando tasas de 2,21 casos de sífilis y 2,62 casos de infección gonocócica por 100.000 habitantes.

Respecto a las zoonosis, la **brucelosis** es la más frecuente en nuestro medio, arrojando una tasa de 1,50 casos por 100.000 habitantes en España, muy similar a la de Navarra (1,40 por 100.000). Desde 1998 no se han notificado casos de **triquinosis** en Navarra, mientras que en España se notificaron un total de 51 casos en 2003 (0,13 casos por 100.000 habitantes).

Por último, en lo que respecta a la incidencia de enfermedades importadas, la tasa de **paludismo** en Navarra es muy similar a la de España (1,11 por 100.000 habitantes).

Durante 2003 no se notificó en España ningún caso de cólera, difteria, poliomielitis, rabia, fiebre amarilla, peste, tifus exantemático, rubéola congénita ni tétanos neonatal. Sin embargo, entre las enfermedades de baja incidencia cabe destacar la notificación de 6 casos de botulismo, 24 de tétanos, 4 de lepra y 7 sífilis congénitas.

### BROTOS EPIDÉMICOS

En este último año el número de brotes declarados ha sido menor que en los años anteriores. En 2003 se declararon 18 brotes, 14 de ellos fueron de tox infecciones alimentarias, 2 fueron brotes familiares de tuberculosis, uno de varicela en adultos y uno se trató de un cuadro gastrointestinal leve con un patrón de propagación aérea, en el que no se logró aislar el agente causal. No se produjo ningún brote de transmisión hídrica. En comparación con el año anterior destaca el que los brotes han sido de dimensiones más reducidas, afectando a un menor número de personas (Tabla 182).

**Tabla 182.** Evolución de brotes epidémicos 1993-2003.

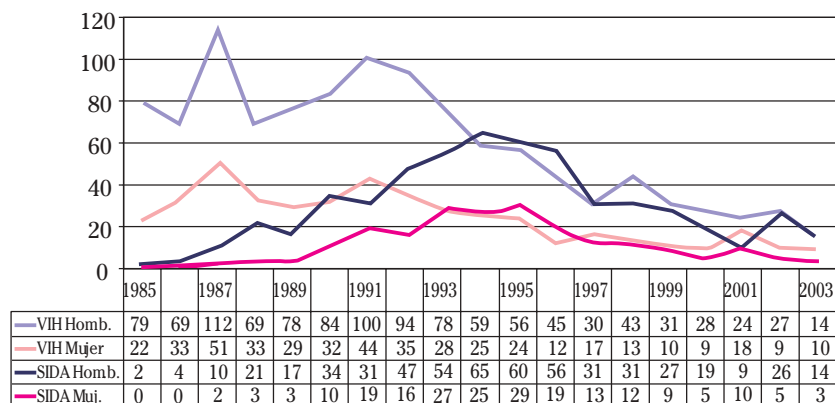
	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003
Tox infecciones alimentarias	30	32	18	17	12	19	16	14
Brotos hídricos	7	5	4	2	1	-	-	-
Tuberculosis respiratoria	3	4	4	1	4	1	5	2
Enferm. meningocócica	1	1	1	-	-	-	-	-
Otros	-	6	4	4	5	4	3	2
TOTAL	41	48	31	24	22	24	24	18

Fuente: ISP.

### SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Para más información, consultar en el apartado de 'Programas de salud' en el capítulo de Servicios Sanitarios.

Se diagnosticaron durante el año 2003, 24 nuevas infecciones de VIH correspondiendo a varones el 60% de las mismas y el 40% restante a mujeres. Estas nuevas infecciones representan la cifra más baja desde el comienzo del diagnóstico en nuestra comunidad en 1985 y la séptima parte de las diagnosticadas en 1987 que ascendían a 163 (Fig. 130).



**Figura 130.** Evolución de los casos de SIDA y de infección por VIH en población residente en Navarra. 1985-2003.

Fuente: Programa de Prevención y Control del SIDA. ISP.

Entre las nuevas infecciones diagnosticadas en el año 2003 la categoría de riesgo de transmisión heterosexual supera a la de uso compartido de material de inyección.

Desde el comienzo de la epidemia se han diagnosticado entre residentes en Navarra 1.574 casos de infección por VIH la mayor parte de los mismos, el 68,2% atribuidos al uso compartido de material de inyección y en segundo lugar la transmisión heterosexual con el 14,9%. Además de estos 1.574 casos, se han diagnosticado infección por VIH en 647 personas que eran residentes temporales en Navarra.

En el 2003, se han declarado 17 casos nuevos de SIDA. Estos diecisiete casos representan la cifra más baja alcanzada desde 1987, dos años después del inicio del diagnóstico en nuestra Comunidad (Fig. 131).

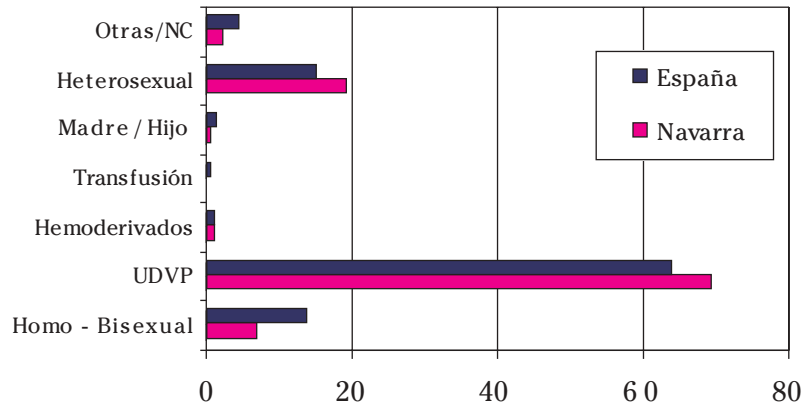
De los casos declarados en este año, 13 corresponden a varones y 4 a mujeres. En el 41% de los casos la categoría de riesgo es la de uso compartido de material de inyección, y en el 29% la transmisión fue debida a relaciones heterosexuales de riesgo.

En el período 1985-2003 se han declarado 768 casos de sida. De ellos, el 73% en varones y el 27% restante en mujeres. La media de edad de la persona en el momento del diagnóstico es de 34 años (35 en varones y 31 en mujeres). El grupo de edad más representado es el de 30 a 39 años (50,9 de los casos), seguido del de 20 a 29 años (29,7%).

Globalmente el mecanismo de transmisión que ha ocasionado más casos de sida sigue siendo el uso compartido de material de inyección (69,7%). A nivel nacional también es el mecanismo de transmisión más frecuente, con el 64 % de los casos. Comparando la distribución por categorías



de transmisión de las personas diagnosticadas en Navarra y en España, nuestra comunidad destaca por un mayor porcentaje de casos en usuarios de drogas por vía parenteral y en personas heterosexuales y por un menor porcentaje en hijos de madre portadora y en homosexuales (Fig. 131).



**Figura 131.** Distribución en porcentaje de los casos de sida por categoría de transmisión.

Fuente: Programa de Prevención y Control del SIDA. ISP.

## TUBERCULOSIS

La información que sigue se ha obtenido del reciente trabajo elaborado en el Instituto de Salud Pública de Navarra en el que se ha evaluado la evolución de esta enfermedad desde que en 1993 se pusieran en marcha las nuevas actuaciones contempladas en el Programa de Prevención y Control de la TBC en Navarra.

A efectos de vigilancia epidemiológica se considera caso de tuberculosis a todo paciente que cumple estos dos criterios: 1) presencia de signos o síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa de cualquier localización, sin otra causa que los explique, tras una evaluación diagnóstica completa; y 2) prescripción de tratamiento antituberculoso estándar, habitualmente con tres o más fármacos.

### Tendencia entre 1993 y 2003

La evolución de la incidencia de la tuberculosis en Navarra entre 1993 y 2003 ha sido predominantemente descendente, pasando de 23,6 casos por 100.000 habitantes a 14,5 por 100.000. Este descenso se observa tanto en los casos de localización respiratoria, cuya tasa ha disminuido desde 19,9 a 12,3 por 100.000, como en los de otras localizaciones que han descendido de 3,8 a 2,2 por 100.000 (Tabla 183).

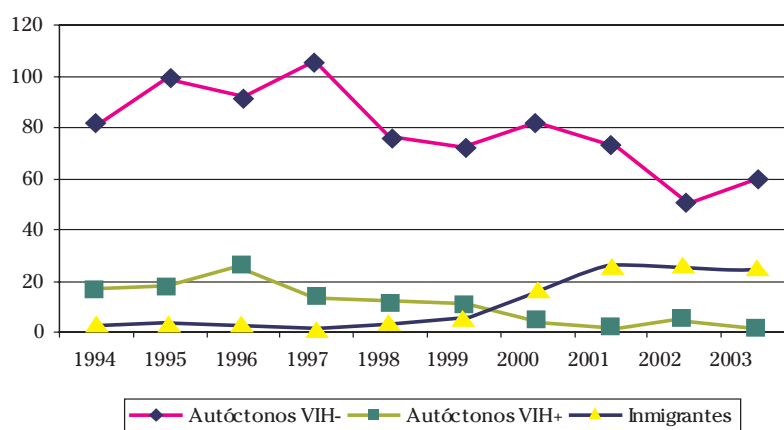
**Tabla 183.** Tasas de incidencia de tuberculosis según tipo de localización.

Año	TOTAL		Respiratoria*		Otras localizaciones	
	Casos	Tasa por 100.000	Casos	Tasa por 100.000	Casos	Tasa por 100.000
1993	125	23,6	105	19,9	20	3,8
1994	100	18,9	81	15,3	19	3,6
1995	120	22,6	88	16,6	32	6,0
1996	119	22,5	98	18,5	21	4,0
1997	120	22,6	101	19,1	19	3,6
1998	91	17,1	73	13,8	18	3,4
1999	88	16,4	69	12,8	19	3,5
2000	103	18,9	81	14,9	22	4,0
2001	99	17,8	87	15,6	12	2,2
2002	81	14,2	70	12,3	11	1,9
2003	84	14,5	71	12,3	13	2,2

\*Respiratoria incluye la tuberculosis de parénquima pulmonar, árbol traqueobronquial, laringe y pleura.

Fuente: Programa de Control de la TBC. ISP.

A lo largo de estos años, el porcentaje de casos de tuberculosis que se produjeron asociados al sida alcanzó su valor máximo en 1996 con un 21% y desde entonces ha caído hasta el 2,4% en 2003. A su vez, el porcentaje de diagnósticos de TBC realizados en población inmigrante ha aumentado de forma importante desde el año 2000, alcanzando el 27,4% en el año 2003 (Fig. 132).

**Figura 132.** Incidencia anual de TBC según características de los casos.

Fuente: ISP.

Habitualmente más de la mitad de los casos se producían en el medio urbano, aunque en 2003 los casos detectados en el medio rural superaron la mitad. En torno a dos de cada tres diagnósticos de tuberculosis se realizan en hombres, por lo que la incidencia en mujeres viene a ser la mitad que la de los hombres, y este patrón se ha mantenido bastante constante a lo largo del tiempo.

Considerando que los casos de tuberculosis pulmonar son aquellos potencialmente transmisores de la infección a sus contactos, encontramos que estos suponen en torno al 70% del total de casos de tuberculosis, manteniendo esta proporción sin una tendencia definida a lo largo del tiempo. Los casos en los que se pudo encontrar un caso índice previo han aumentado a lo largo del período de estudio y en 2003 suponían el 11,9% de todas las tuberculosis (Tabla 184).

La proporción de casos de tuberculosis que fallecieron antes de concluir el tratamiento ha sido variable a lo largo del período de análisis, pero en general ha sido menor en los últimos años (Tabla 184).

**Tabla 184.** Características de los casos de tuberculosis en los quinquenios 1994-1998 y 1999-2003.

	1994-1998		1999-2003		Valor de P		1994-1998		1999-2003		Valor de P
	Nº	%	Nº	%			Nº	%			
<b>Sexo</b>					NS	<b>Circunstancias relacionadas con la transmisión</b>					
Hombre	353	64	290	64		Potencialmente transmisor*	400	73	332	73	NS
Mujer	197	36	165	36		Baciloscopia de esputo positiva	290	53	243	53	NS
<b>Edad (años)</b>					NS	Caso primario de un brote	18	3	26	6	NS
0-14	9	2	16	3		Caso secundario a otro reciente	20	4	46	10	<0,001
15-24	67	12	61	13		<b>Resistencia a antituberculosos</b>					NS
25-34	111	20	112	24		Resistente a un fármaco	16	3	15	3	
35-44	101	18	81	18		Resistente a más de un fármaco	19	4	12	3	
45-54	59	11	46	10		<b>Otras características</b>					
55-64	45	8	34	8		Inmigrantes	12	2	97	21	<0,001
= 64	157	29	105	23		Indigente	12	2	8	2	NS
<b>Ámbito geográfico</b>					NS	Tratamiento previo	19	3	14	3	NS
Urbano	349	64	293	64		Sida	83	15	30	7	<0,001
Rural	201	37	162	36		Exitus antes de finalizar el tto.	63	12	34	7	0,033
						<b>TOTAL</b>	<b>550</b>	<b>100</b>	<b>455</b>	<b>100</b>	

Fuente: Programa de Control de la TBC. ISP.

\*Tuberculosis potencialmente transmisible a los contactos: localización en parénquima pulmonar, árbol traqueo- bronquial y laringe. No incluye la tuberculosis pleural o linfática intratorácica cuando no afecta al parénquima pulmonar.

### **Comparación de los quinquenios 1994-1998 y 1999-2003**

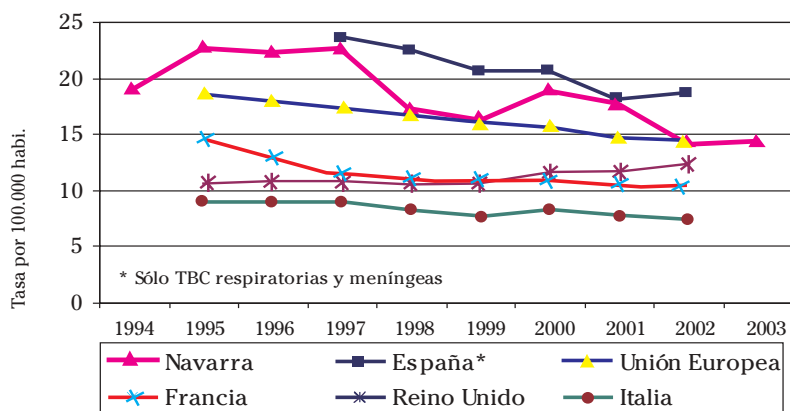
En el último quinquenio en comparación con el anterior han disminuido las tasas de tuberculosis tanto en hombres como en mujeres, y en casi todos los grupos de edad. Tan sólo ha aumentado la tasa de incidencia de tuberculosis en niños menores de 4 años, entre los que se produjo un brote de 7 casos, mientras que en los grupos de edad de mayores de 35 años han dis-

minuido. En el quinquenio 1999-2003 la mayor incidencia de tuberculosis se registró en jóvenes de 25 a 34 años (Tabla 184). No obstante, descontando el efecto de los diagnósticos de tuberculosis en inmigrantes, tanto en mayores como en menores de 35 años se observan descensos similares en el número de diagnósticos de tuberculosis en la población autóctona.

La tasa media de incidencia de tuberculosis en el quinquenio 1999 y 2003 fue de 85 por 100.000 habitantes entre las personas con nacionalidad distinta a la española, superando en 6 veces a la de personas con nacionalidad española (14 por 100.000 habitantes). La proporción de casos de tuberculosis que se diagnosticaron en inmigrantes ha pasado del 2,2% en el período 1994-1998 al 21,3% en el período 1999-2003.

El 3% de los casos diagnosticados entre 1999 y 2003 habían recibido tratamiento antituberculoso previo y el 7% presentaban resistencia a algún fármaco antituberculoso. Aunque se observa una gran variabilidad en las localizaciones de las tuberculosis diagnosticadas en el último quinquenio, destaca un predominio de la localización pulmonar, que se presentó de forma aislada en el 67,7% de los casos y combinada con otras localizaciones en otro 15% adicional. La forma pleural aislada apareció en un 9,9% y la ganglionar en un 7,9%.

**Comparación internacional.** Al comparar la incidencia anual de tuberculosis, Navarra presentó entre 1995 y 2002 tasas similares o ligeramente superiores al promedio de los 25 países de la Unión Europea, e inferiores a las del conjunto de España, aunque en estas últimas sólo se incluían las tuberculosis de localización respiratoria y meníngea. A pesar del descenso descrito en la incidencia de tuberculosis en Navarra, sus tasas son todavía elevadas en comparación con las de países de Europa Occidental, como Francia, Reino Unido e Italia, utilizando una definición de caso similar (Fig. 133).



**Figura 133.** Evolución de la incidencia de tuberculosis en varios países de la Unión Europea.

Fuente: Euro TB. Surveillance of tuberculosis in Europe.

## PATOLOGÍAS CON PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

### CÁNCER DE MAMA \*

**Incidencia.** El cáncer de mama es la localización tumoral más frecuentemente diagnosticada entre las mujeres de Navarra; representa el 28,5% de los cánceres diagnosticados con 287 casos anuales y continúa aumentando la incidencia como sucede en otras regiones desarrolladas, coincidiendo con la expansión de los programas de detección precoz (Tabla 185).

**Tabla 185.** Tasa de incidencia por cáncer de mama ajustada por edad a la población mundial. Navarra 1973-2000. Tasas por 100.000 habitantes.

	1973-77	1978-82	1983-87	1988-92	1993-97	1998-00
Mama femenina (174)	37,7	38,7	47,4	64,4	60,6	67,3

Fuente: Registro poblacional de Cáncer de Navarra.

**Mortalidad.** Entre las mujeres de Navarra en el período 1997-2001, el 3,4% de las muertes totales y el 15% de las muertes por cáncer se deben a esta causa. Representan el 10% de las muertes prematuras o APVP, ocupando el segundo lugar tras los accidentes de tráfico. La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama de Navarra (20,2 por 100.000) en el período 1997-2001 era muy similar a la tasa registrada en el año 2000 en España (20,6 por 100.000).

En Navarra, la evolución del cáncer de mama en el período 1991 a 2001 muestra una evolución buena en todos los indicadores. En cuanto al número absoluto de muertes se ha pasado de una media anual de 85 a 78 en los períodos 1991-96 a 1997-2001. La tasa ajustada de mortalidad y la tasa ajustada de APVP han disminuido en los mismos período: un 20,2 y 17%, respectivamente. Esta tendencia se asemeja a lo observado en España, donde las tasas descendieron un 17% cuando se compara el año 2000 respecto a 1996 (hasta ese año las tasas iban en aumento) (Tabla 186).

\* Sección de Enfermedades no Transmisibles y Estadísticas Vitales del Instituto de Salud Pública de Navarra.

**Tabla 186.** Número medio de defunciones al año por cáncer de mama, mortalidad proporcional, tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000 y porcentaje de cambio 1997-2001 versus 1991-96 en Navarra. Mujeres.

Mujeres	Nº anual		% sobre total		Tasas ajustadas		% cambio tasas
	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	
TM de la mama	85	78	4,1	3,4	25,3	20,2	-20,2

Fuente: Elaborado por el Instituto de Salud Pública de Navarra con los datos del INE.

**Supervivencia.** La supervivencia relativa a los 5 años de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama entre 1990–94 fue del 81,5% en Navarra; la tasa de supervivencia relativa es muy similar entre los 15–74 años, mientras que baja en el grupo de 75 años y más. Este patrón es muy similar al encontrado por EUROCORE entre las pacientes europeas diagnosticadas entre 1990–94 (supervivencia a los 5 años de 78% en el grupo de 15–44 años, 81% en el grupo de 45–54, 78% entre 55–64, 76% en las pacientes de 65–74 años y 68% en las mayores de 75 años) (Tabla 187).

**Tabla 187.** Supervivencia para el cáncer de mama en mujeres. Navarra 1985-94, Europa 1985–94. Supervivencia relativa (%) estandarizada por edad.

	Navarra*	España	Europa	Dinamarca	Francia	Holanda	Inglaterra	Italia	Suecia	Suiza
SR-5 (1985-89)	71,2	70,4	72,5	70,6	80,3	74,4	66,7	76,7	80,6	79,6
SR-5 (1990-94)	81,5	78,0	76,1	74,9	81,3	78,2	73,6	80,6	82,6	80,0

\* Supervivencia relativa sin estandarizar por edad. Elaboración propia.

Fuente: Registro poblacional de Cáncer de Navarra, con datos de EUROCORE 2–Study, EUROCORE-3 Study.

## DIABETES

*Ander Arrazola Aranzadi y Itxaso Mugarra Bidea\**

### La salud pública y la diabetes

Tal como refieren Lafita y otros, no existen datos globales a nivel de Navarra, pero los datos parciales orientan a que la prevalencia en nuestro medio es muy parecida a la recientemente estudiada en un área geo-

\* Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.

gráfica próxima como Aragón, con una prevalencia en la población general del 6,1% (3,1% diagnosticados y 3% sin diagnosticar), junto con el 7,1% de intolerantes según los criterios clásicos de sobrecarga oral de glucosa, lo que supondría más de 30.000 diabéticos y 35.000 intolerantes en Navarra. De hecho, la Encuesta de Salud de Navarra de 2000 recoge una prevalencia de diabetes conocida por el ciudadano del 3,6%±0,95 para los mayores de 16 años.

De esos 30.000 diabéticos, el 85% constituiría el grupo de diabéticos tipo 2, caracterizada por un largo período de diabetes asintomática y por tanto difícilmente diagnosticable, en el que se aprecia una clara asociación de factores de riesgo vascular como hipertensión arterial en el 35 al 74% de los pacientes y niveles lipídicos por encima de los límites de riesgo aceptables en el 71% de los pacientes, que al no ser diagnosticados ni controlados contribuyen al elevado número de complicaciones macrovasculares (cardiopatía isquémica, ictus e isquemia de extremidades inferiores), junto con las microvasculares propias de la diabetes, con una tasa de retinopatía del 55 al 80%, insuficiencia renal en el 7% y neuropatía en el 60% de los casos de pacientes diabéticos tipo 2. Estas complicaciones se encuentran ya presentes entre el 10 y el 20% de los pacientes en el momento del diagnóstico y contribuyen al elevado coste económico y humano que comporta la diabetes mellitus, como se refleja en los costes de hospitalización en nuestra comunidad, estimado en el 8,1% del gasto total de hospitalización en Navarra (año 1997).

**La mortalidad por diabetes.** La diabetes aparece como la causa de muerte en más de 100 casos al año en Navarra. De la comparación entre períodos en Navarra, 1997-2001 frente a 1991-96, se observa con que la tasa de mortalidad por diabetes ha disminuido en Navarra entre los hombres (un 11,7%) y sobre todo entre las mujeres (25,8%) (Tabla 188).

**Tabla 188.** Mortalidad por diabetes en Navarra en el período 1991-2001.

	Nº anual		% sobre total mortalidad		Tasa ajustadas por 100.000		% cambio
	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	1991-96	1997-01	
Hombres	44	45	1,8	1,7	14,3	12,7	-11,2
Mujeres	68	63	3,3	2,8	13,6	10,1	-25,7

Fuente: Instituto de Salud Pública con datos del INE.

### La hospitalización del paciente diabético

Se ha explorado la base de datos de las altas hospitalarias del SNS-O para cuantificar y caracterizar las hospitalizaciones generadas por la diabetes. Estas, son los principales indicadores de aquellas hospitalizaciones, cuyo diagnóstico principal (motivo de la hospitalización) fue la diabetes.

En el año 2003 la diabetes generó 449 hospitalizaciones, equivalentes al 0,8% de las hospitalizaciones habidas en el SNS-O. Pero la diabetes aparece como diagnóstico secundario (no como motivo del ingreso) en otras 4.621 hospitalizaciones. Cada año son más las hospitalizaciones por esta causa, así, en los últimos 5 años se han incrementado un 10% los ingresos por diabetes. De ese total de 449, 107 ingresos (el 24%) se corresponden con diabetes tipo I o juvenil y 342 (el 76%) con el tipo II. En el 6,5% de los casos, la hospitalización se da con una valoración de 'proceso diabético no controlado'. Esta situación es más frecuente en los ingresados con diabetes tipo I (10,3%) que en los de tipo II (5,3%). Son variadas las situaciones clínicas o complicaciones que justifican el ingreso hospitalario del paciente diabético (Tabla 189).

### ***La atención al paciente diabético en atención primaria***

Desde 1997 un grupo de profesionales médicos y de enfermería pertenecientes a Atención Primaria y al Servicio de Endocrinología del HNA constituyeron el grupo GEDAPSNA (Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud de Navarra) dentro de la Sociedad Navarra de Medicina Familiar, con los objetivos de difundir e incorporar a nuestra Comunidad el programa GEDAPS, consistente en una serie de indicadores sobre la organización, proceso asistencial y resultados en el paciente diabético tipo 2.

**Tabla 189.** Hospitalizaciones por diabetes en hospitales del SNS-O. 2003.

250.0	Diabetes melitus sin mención de complicación	46
250.1	Diabetes con cetoacidosis	37
250.2	Diabetes con hiperosmolaridad	32
250.3	Diabetes con otro coma	4
250.4	Diabetes con manifestaciones renales	20
250.5	Diabetes con manifestaciones oftálmicas	37
250.6	Diabetes con manifestaciones neurológicas	34
250.7	Diabetes con manifestaciones circulatoria periféricas	36
250.8	Diabetes con otras manifestaciones específicas	86
250.9	Diabetes complicación no especificada	117
	Total	449

Fuente: CMBD de los hospitales del SNS-O.

El grupo de Navarra viene realizando evaluaciones cada dos años desde 1996 con el propósito de identificar áreas de mejora en la atención al paciente diabético. A continuación se presentan algunos resultados de las evaluaciones realizadas entre 1996 y el año 2002. En 1996 se revisaron las historias clínicas de 495 pacientes pertenecientes a 12 centros de salud, mientras que en el 2002 fueron 1.080 de 32 centros. Siempre se procede de forma



aleatoria extrayendo una historia clínica cada X historias de pacientes diabéticos. Los indicadores están basados en las recomendaciones del Consenso Europeo para la asistencia del paciente diabético tipo II, convenientemente validados por el grupo GEDAPS, y aceptados en la "Second International Conference of the St.Vincent Primary Care Diabetes Group". Se han dividido en indicadores de proceso e indicadores de resultados.

Tal como refieren los autores, algunos indicadores obtenidos en las 4 evaluaciones realizadas hasta ahora presentan una buena evolución, destacando entre los indicadores de proceso, el control de la microalbuminuria, la frecuencia de las visitas con los profesionales, y las intervenciones educativas. Entre los indicadores de resultado destacan el mejor control de la glucemia y del colesterol, así como de la población fumadora activa (Tabla 190). En cambio, otros indicadores presentan dificultades para mejorar sus valores, entre estos tenemos la práctica del examen del fondo de ojo, del examen de los pies, y el control de la tensión arterial. De esta forma quedan objetivadas áreas en las que los servicios asistenciales pueden concentrar sus esfuerzos para aportar calidad a la atención dada a los pacientes diabéticos o para investigar los motivos por los que estos indicadores no muestran mejoras.

**Tabla 190.** Algunos resultados de las evaluaciones realizadas por el grupo GEDAPSNA.

	1996	1998	2000	2002
<b>Historiales de pacientes revisados</b>	<b>495</b>	<b>1311</b>	<b>1172</b>	<b>1080</b>
<b>Indicadores de proceso: organización</b>				
Nº de visitas médicas al año por paciente	2,2	2,4	2,0	3,4
Nº de visitas de enfermería al año	4,5	5,1	4,9	5,7
Nº de contenidos educativos tratados al año	2,4	1,7	2,3	3,8
<b>Indicadores de proceso: análisis y exámenes</b>				
Practica autoanálisis en sangre capilar	20	34	62	43,4
Determinación de hemoglobina glicosilada	72	79	73	77,4
Determinación de microalbuminuria	42	45	41	48,7
Examen de pies	38	46	50	46,1
<b>Indicadores intermedios</b>				
TA<140/90 mmHg	54	58	64	50,6
Colesterol <250 mg/dl	79	77	86,8	93,4
Fumador activo	19	19	16	12,5
<b>Indicadores finales (complicaciones)</b>				
Enfermedad coronaria	11	16	13,1	13,9
Retinopatía	20	19	18,4	10,7
Lesiones de pie diabético (ulceras y amputaciones)	6	9	7,7	5,2
Accidente cerebrovascular	6	10	10,7	7
Hospitalización por descompensaciones	5	4,3	4,1	8

Fuente: Comunicado por GEDAPSNA.

Otros resultados interesantes de estas evaluaciones:

Navarra presenta un porcentaje de pacientes diabéticos tipo II en tratamiento con insulina menor que en el conjunto de pacientes del estado (12% en 2002 frente a 21% en el conjunto de pacientes de GEDAPS en 1996). En cambio, los que están con tratamiento exclusivamente dietético son el 31,3% frente al 24% general.

El porcentaje de pacientes que además del tratamiento contra la diabetes toman otras medicaciones: hipotensores 58,2%, hipolipemiente 29,3%, antiagregante 27,7%.

## HIPOACUSIAS EN EL RECIÉN NACIDO

*María Ederra Sanz\* y Centro Base del INBS\*\**

### **Resultados del programa de detección precoz de hipoacusia en el recién nacido**

Desde mayo de 1999, inicio de las actividades de detección precoz en recién nacidos hasta diciembre de 2003, se han realizado 30.260 otonemisiones acústicas y 587 potenciales evocados auditivos. Ochenta y cuatro niños han sido enviados para estimulación precoz auditiva al Centro Base de Minusvalías del Instituto Navarro de Bienestar Social. Se han adaptado 58 audioprótesis y se han realizado 5 implantes cocleares.

**Participación:** la participación en la realización de la primera OEA ha sido de 99,4%. La participación en segunda y tercera OEA son, respectivamente, de 97,1% y 93,8%.

**Resultados del proceso de screening:** la primera OEA ha permitido descartar hipoacusia en el 87,3% de los recién nacidos (Fig. 134). Al 12,7% ha sido necesario repetir una segunda y, al 33,9% de éstas, una tercera OEA. En definitiva, el 2% no ha superado ninguna de las tres OEA y ha sido necesario enviar para confirmación diagnóstica (PEA).

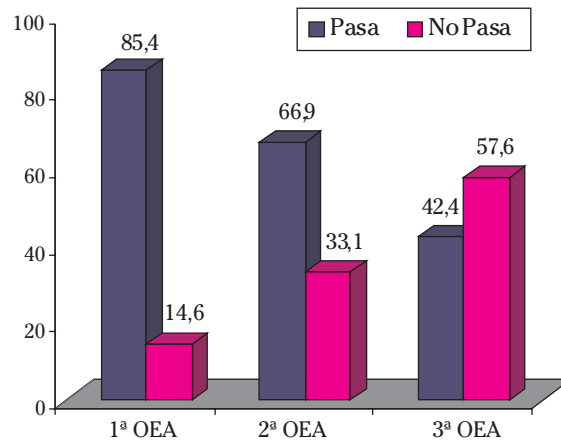
**Resultados del diagnóstico (PEA):** de los 491 PEA diagnósticos realizados, el 31,1% ha sido patológico. De las 153 hipoacusias detectadas durante estos años, algo más de la mitad (56,2%) corresponden a hipoacusias moderadas (umbrales auditivos entre 50 y 69 decibelios), siendo las graves-profundas (umbrales auditivos iguales o superiores a 70 decibelios) las que ocupan el segundo lugar en frecuencia (26,1%). Las hipoacusias leves

---

\* Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz del Instituto de Salud Pública.

\*\* Equipo de Atención Temprana del Centro Base del Instituto Navarro de Bienestar Social.

(umbrales inferiores a 50 decibelios) sólo han supuesto el 17,6% del total de hipoacusias detectadas.



**Figura 134.** Resultados del test de screening (%) (Otoemisiones acústicas, OEA).

Fuente: Programa de Prevención de Hipoacusias. ISP.

En cuanto a la existencia de hipoacusia en uno o en los dos oídos, el 53,6% de las hipoacusias ha resultado ser bilateral. Tanto en uni como en bilaterales predominan las hipoacusias moderadas (61,9 y 51,2% respectivamente).

**Tasas de detección.** La tasa de detección total de hipoacusia es 5,82/1000 recién nacidos.

La distribución de la tasa de hipoacusia según la gravedad de la misma es la siguiente:

- Hipoacusia leve: 1,02/1000 recién nacidos.
- Hipoacusia moderada: 3,27/1000 recién nacidos.
- Hipoacusia grave: 1,52/1000 recién nacidos.

Teniendo en cuenta la uni o bilateralidad de la hipoacusia, las tasas de detección encontradas son las siguientes:

- Hipoacusias unilaterales: 2,70 / 1000 recién nacidos.
- Hipoacusias bilaterales: 3,12 / 1000 recién nacidos.

Las **valoraciones** han sido realizadas por el equipo de atención temprana, área de lenguaje. Equipo de logopedas del Centro de valoración, diagnóstico y orientación del Instituto Navarro de Bienestar Social y basadas en datos recogidos por ellas mismas, en entrevistas con las familias así como en el contacto del día a día. Se ha explorado el grado de

integración de las personas con hipoacusia en el entorno familiar, en el escolar y en el social.

### ***Integración familiar***

Se observa un menor rechazo al uso de prótesis auditivas e implantes que se refleja en el hecho de poner a los niños los moldes o las prótesis de colores.

Se implica la familia extensa (abuelos, tíos, amigos...) en el tratamiento, colaborando en el desarrollo del lenguaje oral del niño, desapareciendo el “oscurantismo” ante la dificultad auditiva, repercutiendo en la tendencia a una menor sobre-protección y normalizando la integración social del niño.

### ***Integración social***

Se acepta como “normal” un niño con prótesis, igual que un niño con gafas, los padres verbalizan que los comentarios y preguntas de otros padres o de niños en el entorno son “diferentes”.

### ***Integración escolar***

Con el programa D.I.P.H.I. (Detección e Intervención precoz de Hipoacusias) el niño llega a la edad escolar con un lenguaje oral acorde a su edad por lo que la comunicación se encuentra al mismo nivel que sus coetáneos.

Al llegar a la escuela, gracias a la coordinación de todo el programa, los recursos materiales y humanos necesarios les están esperando.

Los resultados escolares están cuantificados por el Departamento de Educación y se observa que no existe diferencias significativas entre niños del programa y niños normoyentes en cuanto a resultados académicos.

Las familias ven los resultados en otros niños, se sienten acompañadas e informados, lo que implica mayor confianza y tranquilidad. No se “esconden”.

### **Valoración del implante coclear**

Una reciente publicación valora los resultados auditivos y de lenguaje en niños con una sordera congénita tratados mediante implantación coclear antes de los 2 años de edad, así como las complicaciones surgidas en el proceso de selección, cirugía, programación y seguimiento de estos niños. Para ello, se estudiaron 130 niños de forma prospectiva mediante la comparación de sus resultados individuales repetidos. Los niños se dividieron en dos grupos de edad: menores de 2 años (n=36) y niños entre 2 y 6 años (n=94).

Los resultados obtenidos en ese estudio manifiestan con claridad el beneficio que un implante coclear proporciona a los niños con una hipoacusia profunda bilateral prelingual. Concluyen que en los pacientes con hipoacusias prelinguales, la implantación coclear debe efectuarse tan pronto como se ratifique el diagnóstico de sordera. En la mayor parte de los casos, cuando los implantes cocleares se colocan precozmente, antes de los siete años de vida, los resultados son altamente positivos. Dentro de este grupo de edades, los resultados mejoran significativamente cuando la implantación se practica antes de los dos años de edad. Las pruebas de lenguaje mostraron que el desarrollo del lenguaje en estos niños es comparable al de niños normo-oyentes. La tasa de complicaciones no aumentó en los niños menores de 2 años.

## SALUD BUCODENTAL

*Francisco Cardona Tortajada\**

Con anterioridad al inicio de actividades preventivas y asistenciales se realizó un estudio en la población infantil de Navarra (1987) para establecer el nivel de enfermedad y sus características. Dos estudios posteriores, en 1997 y en 2002, permiten conocer la situación bucodental de las nuevas generaciones. Los resultados del Estudio Epidemiológico del 2002 reflejan una mejora del estado de salud dental de la población infantil respecto al año 1997.

Los resultados obtenidos en términos de salud pueden calificarse de muy buenos. Así, la prevalencia de caries a los 14 años ha pasado en 15 años del 83,4% al 49,9% (la mitad de la población, a esa edad, no tiene ninguna carie en la actualidad), y el índice CAOD (nº de dientes careados, ausentes u obturados dividido por nº de población estudiada) que viene a expresar la intensidad de la afección por caries en una población a pasado del 3,73 en 1987 a 1,36 en el año 2002, también a la edad de 14 años (Tabla 191).

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 (Plan de Asistencia Dental Infantil).

En cuanto al gran aumento del Índice de Restauración, que indica la proporción de caries que se encuentra empastada, es muy probable que se deba principalmente al PADI. A los 14 años este índice ha pasado del 38,9% al 78,7%.

---

\* Unidad de Salud Bucodental de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

**Tabla 191.** Índices obtenidos en los diferentes estudios realizados en Navarra.

Índice	1987	1997	2002
Prevalencia de caries a los 6 años	62,80*	36,40	35,50
Prevalencia de caries en dentición permanente a los 9 años	49,20	19,90	15,50
Prevalencia de caries a los 12 años	70,00*	42,20	33,00
Prevalencia de caries a los 14 años	84,30	49,20	49,90
Índice CAOD a los 6 años	0,28*	0,04	0,03
Índice cod a los 9 años	2,66	1,29	
Índice CAOD a los 9 años	1,03	0,35	0,27
Índice CAOD a los 12 años	2,30*	0,90	0,75
Índice CAOD a los 14 años	3,73	1,35	1,36
Índice de restauración en dentición permanente a los 9 años	22,30	77,10	48,1
Índice de restauración en dentición permanente a los 12 años	42,17*	81,10	77,3
Índice de restauración en dentición permanente a los 14 años	38,90	76,30	78,7
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.

Fuente: PADI. SNS-O.

A la vista de los tres índices epidemiológicos a los 12 años de edad calculados para diferentes comunidades y países de nuestro entorno, se constata la posición de Navarra: 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 (Tabla 192).

**Tabla 192.** Comparación con otras comunidades y países.

Comunidad/País	Año	Índice CAOD	Preva. de caries	Índice de restauración
Navarra	2002	0,75	33,00	77,30
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
Canarias	1998	1,21	44,99	30,58
España	2000	1,12	43,40	52,90
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	-

Fuente: PADI. SNS-O.

## ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y ENFERMEDADES HEREDITARIAS

*M<sup>a</sup> Antonia Ramos Arroyo y Amaya Bengoa Alonso \**

### Resultados del Programa de Diagnóstico Prenatal

**Cobertura del programa de diagnóstico prenatal.** El año 2003 la cobertura del diagnóstico prenatal alcanzaba 2 de cada 3 embarazos en Navarra. Los cálculos se han hecho sobre el número de embarazos a término, y no sobre embarazos totales.

Desde 1995 el número de embarazos en mujeres mayores de 35 años se ha doblado. En ese período y para ese colectivo la cobertura del diagnóstico prenatal ha pasado del 33% al 65%.

En el colectivo de mujeres de menos 35 años el número de embarazos ha aumentado ligeramente y la cobertura del diagnóstico prenatal (screening bioquímico) ha pasado del 24% al 68%.

**Actividad diagnóstica y resultados en diagnóstico prenatal.** Los resultados obtenidos en el diagnóstico genético fetal efectuado en el período 1995-2003 muestran una importante variedad de diagnósticos realizados. Se han identificado 180 alteraciones cromosómicas (Tabla 193), lo que supone casi un 4% del total de muestras analizadas. Entre ellas, como era de esperar, destacan las trisomías de los cromosomas 21 o Síndrome de Down, 18 (S. Edwards), y 13 (S. Patau), entre otras; también se ha identificado un importante número de alteraciones de cromosomas sexuales (fórmulas cromosómicas; 45,X o Síndrome de Turner, 47, XXY o S. Klinefelter, 47, XYY y 47, XXX); 3 casos de euploidías (tri y tetraploidías); 5 casos con cromosomas marcadores y otras alteraciones estructurales como traslocaciones, inversiones, etc.

**Screening bioquímico.** Si tenemos en cuenta únicamente la utilidad del test para la identificación de casos de Síndrome de Down, la sensibilidad durante el período 1995-2003 ha sido del 63,08%, siendo su Especificidad del 91,95%. El test muestra un Valor Predictivo Positivo del 2,42% y un Valor Predictivo Negativo del 99,87%.

---

\* Programa de Diagnóstico Prenatal. Sección de Genética Médica. Hospital Virgen del Camino.

**Tabla 193.** Enfermedades detectadas.

Síndrome de Down: 74	47,XXY: 7
Trisomía 18: 19	47,XXX: 5
Trisomía 13: 5	45X: 9
Trisomía 9: 3	Cromosoma marcador: 5
Trisomía 20 en mosaico: 5	Translocaciones: 17
Trisomía 12 en mosaico: 1	Delección Y: 1
Tetraploidías: 2	Cromosomas derivados: 10
Triploidía: 1	Inversión-duplicación crom: 1
47,XYY: 6	Inversiones cromosómicas: 9

Fuente: Diagnóstico Prenatal. Sección de Genética médica. HVC.

**Prevalencia de defectos congénitos.** Teniendo en cuenta que el número total de nacimientos en Navarra en el período estudiado (según datos del Instituto Nacional de Estadística) ha sido de 46.967, la prevalencia de defectos congénitos en nacidos vivos es de 1,36% (intervalo de confianza 95%: 1,26-1,47). Esta estimación es inferior a la esperada, muy probablemente debido a la dificultad para conseguir la identificación de todos los casos con defectos congénitos y enfermedades hereditarias (objetivo a conseguir durante los años 2004-2005) (Tabla 194).

**Tabla 194:** Casos de niños con defectos congénitos nacidos vivos y diagnosticados prenatalmente recogidos actualmente en el RACEHNA.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Nº Casos	50	91	75	140	125	136	87	64	46	814
Nº diagnóst. prenatal	10	25	28	37	33	37	39	30	34	273
(%)	(20)	(27)	(37)	(26)	(26)	(27)	(44)	(46)	(74)	(34)
Nacidos vivos	44	78	60	118	105	112	60	42	22	641
Incidencia	0,97	1,65	1,21	2,38	2,05	2,13	1,05	0,73	0,37	1,36

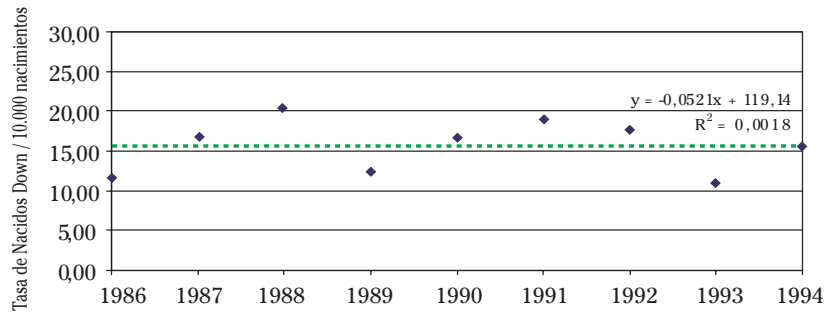
Fuente: Diagnóstico Prenatal. Sección de Genética Médica. HVC.

**Momento de diagnóstico de las anomalías congénitas y enfermedades hereditarias.** El 34% de los casos se diagnosticaron prenatalmente, el 37% en el momento del nacimiento, el 18% durante el primer año de vida y el 11% después del primer año de vida.

**Incidencia de Síndrome de Down en Navarra.** Se ha comparado el número de nacimientos con Síndrome de Down en los 9 años anteriores a la implantación del Programa de Diagnóstico Prenatal con los casos dados en el período de funcionamiento del mismo. Aunque se observa un descenso en el número de casos (67 nacidos con síndrome de Down en el

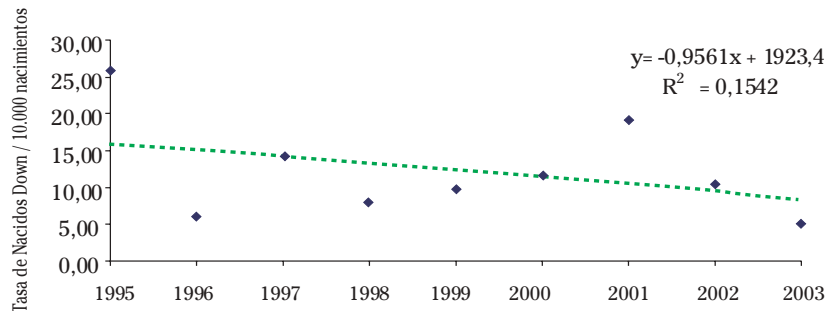


período 1986-1994 con una incidencia media de 15,51 casos por 10.000 nacimientos, frente a 57 en 1995-2003 y una incidencia media de 12,24), este descenso no es estadísticamente significativo (Figs. 135 y 136).



**Figura 135.** Recién nacidos con Síndrome de Down en el período 1986-1994.

Fuente: Sección de Genética Médica HVC y Centro Base INBS.



**Figura 136.** Recién nacidos con Síndrome de Down en el período 1995-2003.

Fuente: Sección de Genética Médica HVC y Centro Base INBS.

### Resultados del Programa de Detección precoz de Metabolopatías

**Metabolopatías congénitas.** Durante los años 2000 a 2003 se han realizado las pruebas de detección en los hospitales tanto públicos como privados de la Comunidad Foral de Navarra. Según los datos recogidos hasta el momento el porcentaje de niños a los que se les ha realizado la prueba se encuentra por encima del 98% en los cuatro años en que se ha evaluado la cobertura del programa.

En ese periodo se detectaron 6 casos de hipotiroidismo (0, 2, 1 y 3 casos en cada año) y ninguno de fenilcetonuria.

## OTROS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

### EL ASMA Y LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

*Ander Arrazola Aranzadi\**

En el período 1997-2001, el conjunto de las enfermedades respiratorias fueron la causa de 579 fallecimientos anuales en Navarra (11,9% del total) (Tabla 195). El 37% de estos fallecimientos fueron debidos a enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, aunque en el caso de los hombres ese porcentaje represente al 50% de las muertes por enfermedad respiratoria. Respecto a la situación en España y en la UE las tasas de mortalidad por patología respiratoria son bastante parecidas a las observadas en Navarra. Así mismo se constata que las tasas de Navarra del período 1997-2001 permanecen estables respecto a las constatadas en el período 1991-1996. En cualquier caso, en ambos sexos y en los dos períodos estudiados, la patología respiratoria ocupa el tercer lugar entre las principales causas de muerte.

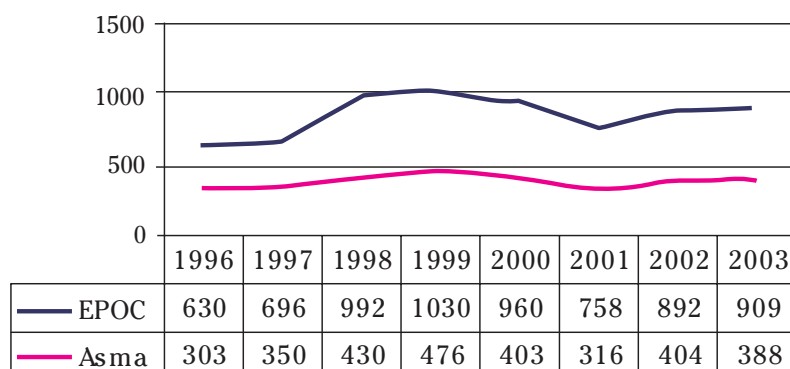
**Tabla 195.** Mortalidad por enfermedad del sistema respiratorio.

	<b>Navarra 1991-96</b>	<b>Navarra 1997-2001</b>	<b>Navarra % cambio</b>	<b>España 2000</b>
Hombres	89,8	90,4	0,6	100,8
Mujeres	34,4	35,9	4,2	40,2

Fuente: Mortalidad según causa INE.

La hospitalización por patología respiratoria en los hospitales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en los últimos años ha representado el 8,4% de los ingresos (4.500 al año) y el 8,8% de las estancias, para una población relativamente joven con 50 años edad en promedio. De esta hospitalización por patología respiratoria el 25% es debido a EPOC (17,5% con 900 hospitalizaciones al año) y a asma (7,5% con unas 400 hospitalizaciones al año) (Fig. 137). Los pacientes hospitalizados con EPOC presentan una edad media notablemente superior a la del resto de enfermos respiratorios, 72,5 años, y sus hospitalizaciones duran también más tiempo, 9,4 días en promedio. La estancia hospitalaria de los enfermos de asma es de 6,8 días y la edad media es de 50,2 años.

\* Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud



**Figura 137.** Altas por EPOC y asma en los hospitales del SNS-O.

Fuente: CMBD del SNS-O.

Las mejoras introducidas en el sistema asistencial en los últimos 15 años unidas posiblemente a la contención de algunos factores causales han llevado a la estabilización del peso de la patología respiratoria atendida en los hospitales y a las tasas de mortalidad atribuibles a ellas. La normalización alcanzada en la atención primaria y su relación con los especialistas hospitalarios han contribuido sobremanera a mejorar la atención de estos pacientes.

A continuación, se presenta un breve informe sobre algunos aspectos epidemiológicos y asistenciales del asma y patología relacionada. La especificidad de esta patología y el déficit de recursos y de información habido hasta finales de los años 80 justifican esta revisión.

### **Epidemiología y estudios de prevalencia del asma bronquial y de las enfermedades alérgicas**

Los estudios epidemiológicos del asma demuestran una gran variabilidad geográfica, tanto entre países distintos, como dentro de las distintas zonas de un mismo país. Estas diferencias se deben en parte a la falta de uniformidad al definir los criterios diagnósticos, pero a pesar de ello se puede afirmar que existen diferencias regionales no explicadas por estos motivos.

Dos grandes estudios realizados en los años 90 aportan datos de la prevalencia del asma y su distribución: el estudio *European Community Respiratory Health Survey (ECRHS)*, que estudió población adulta joven (de 20 a 44 años) y el *Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)* centrado en jóvenes de 13 y 14 años. Ambos muestran que la prevalencia del asma es más frecuente en países de habla inglesa como el Reino Unido y Australia. A continuación la frecuencia mayor se da en los

países americanos, del Norte y del Sur. Las prevalencias más bajas se daban en los países del este europeo, India y China.

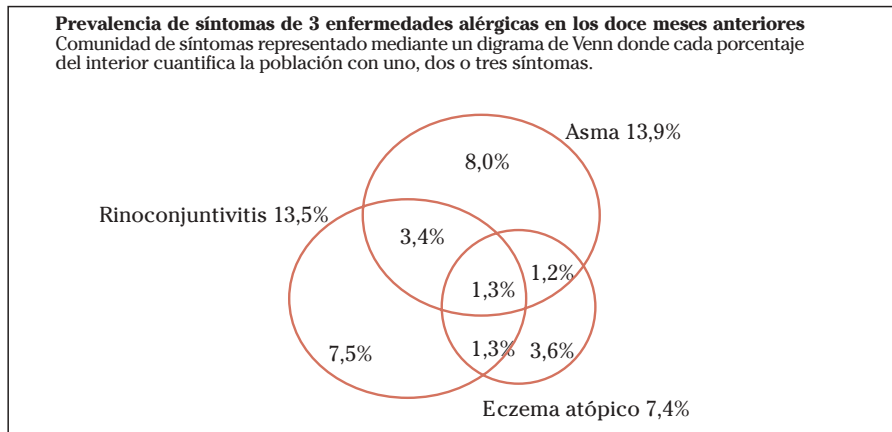
En nuestro entorno, los estudios realizados muestran diferencias importantes entre las regiones encuestadas, si bien los valores observados se sitúan en niveles medios considerados en el contexto mundial. La prevalencia observada en la muestra de Pamplona, con 3.000 niños/as estudiados, resulta la más baja de las registradas en el ámbito del Estado Español, tanto si se considera la presencia de sibilancias en el último año como la de crisis de asma en el mismo período, parecidas a las observadas en Valladolid, Castellón y Almería (Tabla 196).

**Tabla 196.** Sintomatología asmática. Prevalencias según estudio ISAAC.

<b>Pob. de 13-14 años</b>	<b>Sibilancias durante último año</b>	<b>Asma grave</b>
Almería	7,4	1,8
Barcelona	14,3	2,7
Bilbao	11,9	3,0
Cádiz	15,4	4,2
Cartagena	10,5	2,9
Castellón	7,1	1,1
Madrid	7,6	1,8
<b>Pamplona</b>	<b>5,5</b>	<b>1,1</b>
Valencia	11,0	2,8
Valladolid	6,1	1,4
Total España	10,3	2,4
Total Europa Oeste	16,7	4,2
Total ISAAC Global	13,8	3,8

Fuente: Estudio ISAAC.

El asma aparece en todos los países con independencia de su nivel de desarrollo, sin embargo parece que los datos disponibles indican la existencia de mayores prevalencias en las zonas más industrializadas, probablemente debido a cambios en los hábitos de vida, contaminantes, factores ambientales y exposición a alérgenos. No obstante el estudio ISAAC señala al respecto que la contaminación de la atmósfera no parece ser el mayor factor de riesgo para el desarrollo del asma en las poblaciones, si bien puede exacerbar el asma en los individuos. Por último, el estudio ISAAC señala la importancia de la presentación de más de una enfermedad alérgica en la misma población (Fig. 138).



**Figura 138.** Prevalencia de síntomas en enfermedades alérgicas.

Fuente: Estudi ISAAC, Lancet 1998.

### Aspectos asistenciales del asma

El asma es una enfermedad crónica que se extiende a todas las etapas de la vida, siendo muy importante la proporción de enfermos que inician los síntomas en las primeras etapas de la vida. El punto de vista más aceptado en la actualidad proviene del estudio de Tucson, en el que el 34% de niños presentó sibilancias en los 3 primeros años de vida, si bien sólo un 14% siguió padeciéndolos a los 6 años. En los casos de sibilancias precoces transitorias las infecciones suelen ser el factor dominante, mientras que en los niños con sibilancias persistentes la atopia\* constituye uno de los factores patógenos relevantes.

El estudio 'Alergológica' promovido por la SEAIC (Sociedad española de Alergología e Inmunología Clínica) sobre una amplia muestra de 4.000 pacientes que acudían por primera vez a una consulta de Alergología, establecía al asma como el segundo diagnóstico más frecuente, precedido por la rinitis. En el conjunto, el asma representaba el 38% de los diagnósticos, si bien en la población de menos de 14 años alcanzaba el 52,6% (Tabla 197).

\* La atopia puede definirse como una manera de ser que condiciona, en determinadas familias, el desarrollo de procesos de hipersensibilidad frente a sustancias ambientales, afectándose epitelios como son la piel y las diferentes mucosas y que suele asociarse a un incremento de la producción de la inmunoglobulina (IgE) y/o a una reactividad no específica alterada.

El mismo estudio Alergológica y siguiendo la clasificación etiológica clásica de Rackeman consideraba que el 81% de los diagnósticos de asma se correspondían con asma extrínseco, el que tiene fuerte carga genética, comienza en la niñez y se reconoce el alergeno específico por pruebas cutáneas y por Ig E específica. Mientras que el resto, el 19%, se corresponderían con asma intrínseco, el que comienza después de los 30 años, no hay genética familiar asociada a atopía\* y no se reconocen alérgenos sensibilizantes.

Entre los agentes alérgicos implicados en el asma externo destacan los ácaros en un 53% de los casos, seguidos de pólenes 34%, epitelios 15%, hongos 8%, ocupacionales 2%, alimentarios 1,5% y otros 1,5%. Para el ámbito territorial de Navarra, el estudio aumenta la participación de los ácaros hasta aproximadamente 2 de cada 3 casos diagnosticados.

**Tabla 197.** Diagnósticos de los pacientes en la consulta de Alergología.

	N TOTAL	%	< de 14 años en %	< de 14 años en %
Rinitis	2.139	53,4	47,5	56,6
Conjuntivitis	1.139	28,4	23,3	31,2
Asma	1.523	38,0	52,6	30,1
Urticaria	425	10,6	7,9	12,1
Dermatitis atópica	131	3,3	5,3	2,2
Dermatitis de contacto	146	3,6	0,6	5,3
Alergia a alimentos	160	4,0	6,0	5,9
Alergia a medicamentos	513	12,8	6,3	16,3
Alergia a himenópteros	26	0,6	0,4	0,8
Otros diagnósticos	338	8,4	11,6	6,7

Fuente: Estudio Alergológica. (Sobre 4.000 pacientes resultan 1,6 diagnósticos por paciente).

Para finalizar se resume en un cuadro la actividad desarrollada en el año 2002 por la Sección de Alergología del Hospital Virgen del Camino que contaba con 8 especialistas en ese período y que actúa como referente para toda Navarra (Tabla 198).

El coste anual, incluyendo tanto costes directos como indirectos, de todas las enfermedades alérgicas en España se ha calculado en más de 1.500 millones de euros, siendo los costes del asma entre 900 y 1200 millones de euros. Según la gravedad y por estudios llevado a cabo en Barcelona, se determinó que los costes anuales de un paciente con asma grave eran de 6.393\$, asma moderada 2.407\$ y asma leve fue de 1.336\$ y para todos los ni-

veles de gravedad los costes indirectos fueron dos veces más altos que los directos. Un 70% del coste total del asma deriva del mal control de la misma.

**Tabla 198.** Actividad de la Sección de Alergología. Año 2002.

Consultas:	
Primeras	6.400
Sucesivas	13.850
Total	20.250
Procedencia de pacientes:	
De Atención Primaria	82%
De otra especialidad	18%
Pruebas diagnósticas:	
Tests cutáneos	22.863
Pruebas funcionales respiratorias	10.365
Provocaciones	2.302
Muestras de laboratorio	5.401
Tratamientos:	
Inicios de inmunoterapia	583
Dosis de inmunoterapia	11.340

Fuente: Memoria del SNS-O.

## ENFERMEDADES PROFESIONALES Y OTROS DAÑOS LABORALES

*Mariano Gallo Fernández\**

Los accidentes de trabajo ya se han comentado en otro apartado de este Diagnóstico.

### Enfermedades profesionales

Ha aumentado la declaración de estas enfermedades profesionales, sobre todo por el esfuerzo realizado para aflorar patologías antes ocultas. Este hecho logrado por Navarra es un motivo de ejemplo que se ha discu-

\* Instituto Navarro de Salud Laboral.

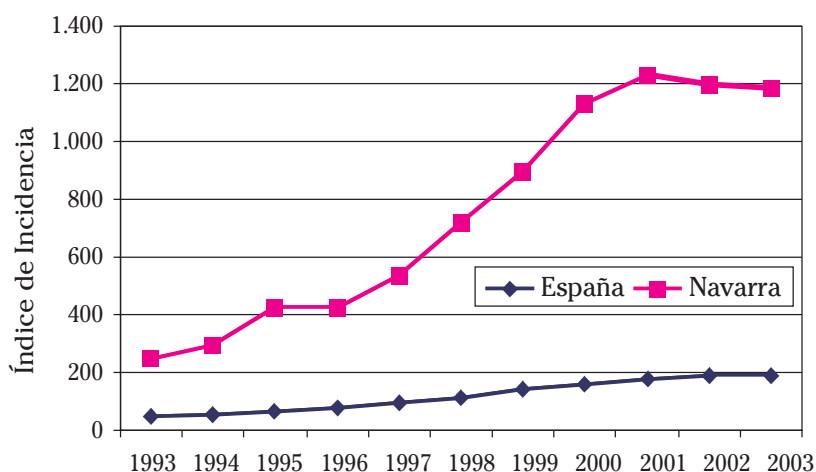
tido en distintos foros. Se ha pasado de poco más de 300 enfermedades profesionales declaradas en Navarra en 1993 a cerca de 2.400 en 2003, multiplicándose casi por ocho las cifras iniciales (Tabla 199). El número de enfermedades profesionales de Navarra suponía el 6,3 % del total de las declaradas en España en 1993, pasando al 9,3% en 2003. La Comunidad Foral apenas representa el 1,5% de la población afiliada a la Seguridad Social con esta contingencia protegida.

**Tabla 199.** Evolución del número total de enfermedades profesionales.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
España	4.708	5.373	6.459	7.958	9.640	12.125	16.188	19.622	22.844	25.040	26.857
Navarra	301	410	579	616	810	1.145	1.545	2.023	2.282	2.328	2.349

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Elaboración propia.

El índice de incidencia de enfermedades profesionales declaradas en Navarra ha crecido un 375% en esta década, pero se supone que todavía falta un número importante de casos por detectar, aunque en proporción mucho menor que en el resto de España. Navarra ha pasado en el decenio de un índice de 249,7 por 100.000 trabajadores a otro de 1.184,9 (más de 6 veces superior al del conjunto del Estado) (Figura 139).

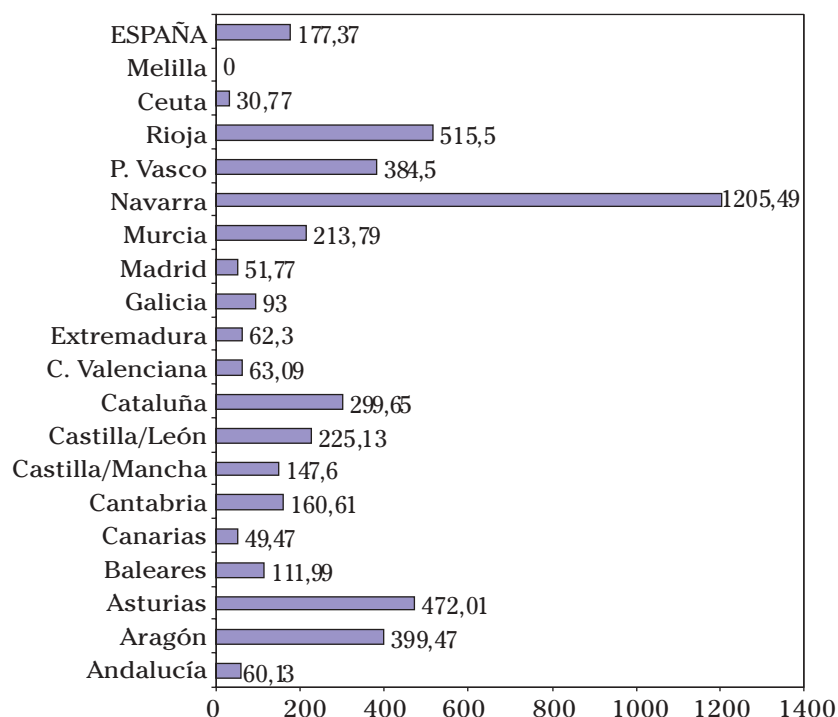


**Figura 139.** Evolución del Índice de Incidencia de Enfermedades Profesionales (1993-2003).

Fuente: INSL y MTAS. Elaboración propia.



La discordancia es aún mayor si se comparan los índices de distintas comunidades autónomas, pues según datos de 2001 apenas dos se aproximaban al 40% del índice navarro, otras dos superaban ligeramente el 30%, una rondaba el 25%, otras cuatro estaban entre el 10 y el 20% y las nueve restantes no alcanzaban el 10% (Figura 140).



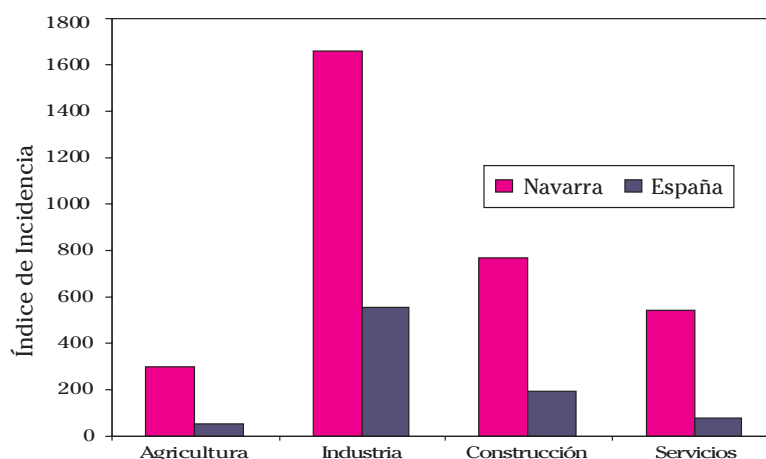
**Figura 140.** Índices de Incidencia de enfermedades profesionales por CC.AA. (2001).

Fuente: INSL y MTAS. Elaboración propia.

Las diferencias de Navarra respecto al Estado y el resto de comunidades autónomas tanto en índices de incidencia como en el incremento de declaración de enfermedades profesionales no pueden deberse a la casualidad, pues se repiten desde hace años. Podrían plantearse de forma resumida tres posibilidades teóricas: mayores factores de riesgos laborales, distinta distribución de los sectores y actividades económicas o diferentes actuaciones en materia de salud laboral (políticas de actuación en la búsqueda, investigación y prevención de patologías laborales).

La primera posibilidad plantea que los trabajadores navarros están expuestos a mayores riesgos laborales, soportando peores condiciones de trabajo que el resto de asalariados españoles. Esto es complejo de determinar con datos objetivos, pero a primera vista parece que no es así y en el peor de los casos no ocurriría con todas las comunidades autónomas. Utilizando datos obtenidos en fechas similares (I Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo y en la III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, ambas de 1997), se observan mínimas discordancias respecto a los riesgos laborales percibidos que no explican las grandes diferencias en las cifras de enfermedades profesionales, pues las condiciones de trabajo no parecen ser significativamente peores en Navarra que en el resto del Estado.

La segunda explicación teórica sería la distinta distribución de los sectores económicos en Navarra respecto al Estado. En Navarra trabaja en el sector industrial un porcentaje mayor de la población asalariada que en el conjunto de España, dándose una relación inversa en el sector de los servicios, siendo más parecida en el caso de la construcción y en el agrario. Esta distinta distribución podría explicar una parte de las diferencias en cuanto a tasas de enfermedades profesionales, pero la situación ya no es tan clara si consideramos que persisten importantes variaciones respecto a otras comunidades autónomas de similar estructura empresarial. Pero esta teoría cae por su propio peso si comparamos los índices de incidencia que se dan en cada sector económico de ambos territorios (Fig. 141). Los índices de incidencia navarros superan ampliamente a los del conjunto del Estado en cada uno de los cuatro sectores económicos.

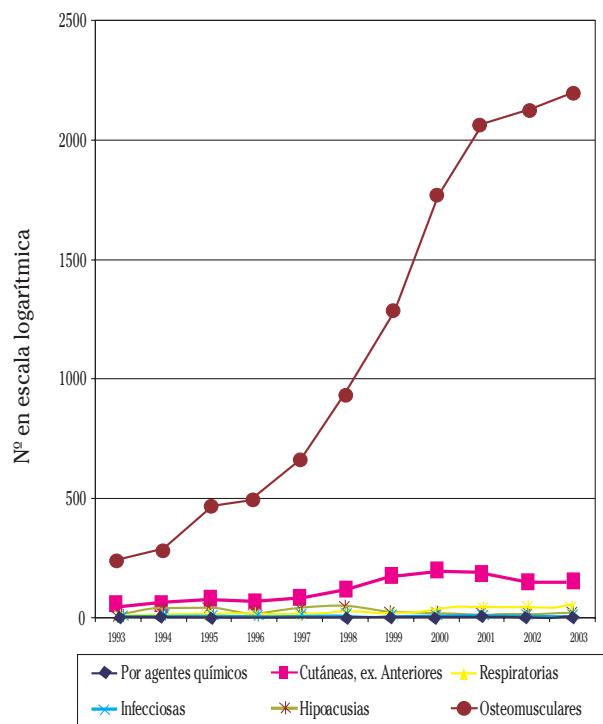


**Figura 141.** Índices de incidencia de enfermedades profesionales por sector de actividad (2001).

Fuente: INSL y MTAS. Elaboración propia.

La única explicación que se sostiene es que las diferencias se basen en una distinta política de salud laboral, y de forma más concreta una orientación en materia de enfermedades profesionales dirigida no solamente a la notificación e indemnización de las mismas, sino también con una visión de salud pública. Esto ha permitido una mayor detección de casos que se acerca a cifras más ajustadas a la realidad, aunque todavía lejanas a ella. En este sentido se han realizado en Navarra actuaciones de ámbito general en seguridad y salud en el trabajo y otras específicas sobre las enfermedades laborales.

Por grupos destaca el de “enfermedades de las vainas, tejidos peritendinosos e inserciones” que ocupa más del 80% de los casos. Este grupo desbancó del primer lugar a las afecciones cutáneas a finales de los años 80 (Fig. 142).



**Figura 142.** Enfermedades profesionales con baja por grupo de enfermedad en Navarra. 1993-2003.

Fuente: INSL. Elaboración propia.

Se presume una baja notificación en algunas enfermedades frecuentes de fácil detección (hipoacusias, dermatosis, asma y otras afeccio-

nes respiratorias) y en otras de gran gravedad (cáncer y enfermedades sistémicas).

Cerca del 14 % de las incapacidades permanentes reconocidas como derivadas de patología laboral no habían sido declaradas como enfermedad profesional.

Las cifras declaradas de enfermedades graves son ridículas (menos de 5 al año como media). Los casos graves y mortales son del 1 y al 2 % de enfermedades profesionales con baja declaradas. ¿Qué pasa con los procesos oncológicos u otras patologías?

Se observa en la mayoría de empresas que la investigación de los factores de riesgo causantes de estas enfermedades es muy escasa. Por tanto no pueden planificar acciones preventivas, lo que puede explicar que entre el 20 y el 25 % de los casos sean recaídas.

A pesar de que Navarra tenga una situación privilegiada en el conocimiento del número de enfermedades profesionales respecto al resto del Estado y que sus índices sean más verosímiles al alcanzar cifras similares a las europeas, no se puede ocultar que la subdeclaración de las mismas continúa siendo importante.

### **Otros daños derivados del trabajo**

Existen una serie de lesiones de origen laboral que no se pueden incluir en el apartado anterior porque no se detectan o porque no tienen cobertura normativa que les ampare. Por tanto podemos considerar tres grandes grupos:

- Infradeclaración, especialmente en enfermedades profesionales (Casos no detectados o mal notificados).
- Colectivos sin cobertura de las contingencias profesionales (Régimen Especial de Empleados de Hogar, Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, ...). En este último caso se ha producido una modificación normativa y tienen la posibilidad de acogerse voluntariamente a dicha cobertura desde finales de 2003. Es muy reducido el número de afiliados a este régimen que han aprovechado esta opción.
- Enfermedades o actividades no listadas en el vigente Cuadro de Enfermedades Profesionales. En algún caso cabe la posibilidad legal de que se declaren como accidente de trabajo, nunca enfermedad profesional, pero son cifras anecdóticas.

Por tanto se observa que las estadísticas no contemplan un número importante de patologías ocasionadas por el trabajo, relacionadas con él o agravadas por el mismo. De todos modos en muchas ocasiones es difícil deslindar la influencia concreta que hayan podido tener la vida laboral, familiar o social.

En un estudio sobre el Registro de Incapacidad Temporal de Navarra se observó que los índices de incidencia de partes de incapacidad temporal por accidente no laboral en autónomos (sin cobertura de accidentes de trabajo en esas fechas) en la industria de la madera y en el transporte duplicaban los de los trabajadores del Régimen General de las mismas actividades y en el caso de la construcción eran un 45 % superiores.

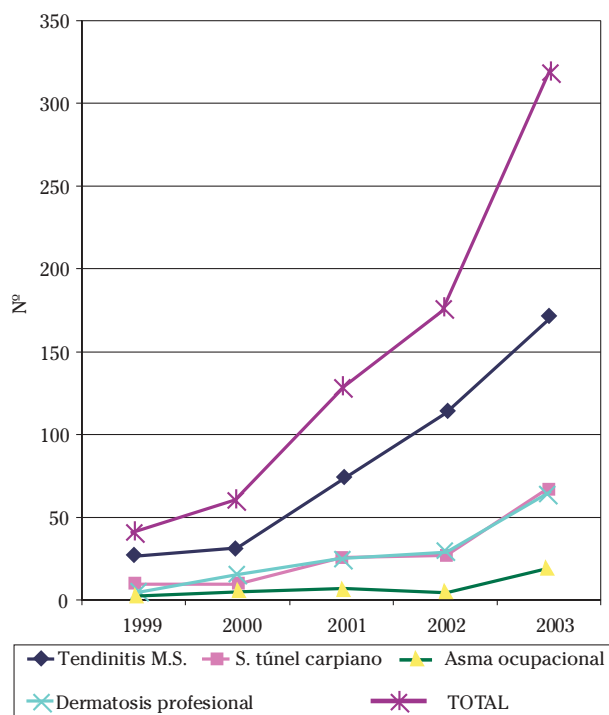
Apenas se han reconocido casos de cáncer laboral. La cifra declarada como enfermedad profesional es ridícula, pues cada varios años se notifican uno o dos casos esporádicos.

En otro estudio sobre las enfermedades transmisibles notificadas al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Navarra se confirmó en el 8% de las mismas la existencia de un factor ocupacional causal. Sin embargo, sólo se declararon como enfermedad profesional el 44% de las EDO de posible origen laboral, lo que hace pensar de nuevo en una infradeclaración o en la existencia de colectivos sin cobertura en contingencias profesionales.

Según la I Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo, considerando los daños percibidos por los trabajadores, se observa que el 28% acudió al médico en el último año por problemas probablemente relacionados con el trabajo, principalmente molestias de espalda. El 33% de los agricultores refieren problemas de salud tras aplicar fitosanitarios. Las pérdidas de salud motivadas por el trabajo que sienten los trabajadores son principalmente dolor de raquis, así como estrés y malestar relacionado con riesgos psicosociales

Observando la vigilancia epidemiológica de salud laboral desde la atención primaria (médicos y sucesos centinelas) se obtienen nuevos datos. En 1998 se inició un pilotaje en tres centros de salud sobre cuatro grupos de casos de sospecha de origen laboral: tendinitis del miembro superior en codo y muñeca, síndrome del túnel carpiano, asma ocupacional y dermatosis profesionales (Fig. 143). En 2003 se pudo observar que se había pasado de los tres centros de salud iniciales a un total de 21, de 12 médicos centinelas a 109, de 42 casos anuales declarados a 315 y de una población a riesgo bajo vigilancia poco mayor de 30.000 a estar cerca de 150.000. En estas zonas se ha demostrado que el número de sucesos centinela detectados es muy superior al de enfermedades profesionales notificados por procesos similares.

Está prevista la modificación del actual Cuadro Español de Enfermedades Profesionales, adaptándolo a la lista europea. Esto puede mejorar la situación en un pequeño grado, pero quedarán sin encuadrar muchas patologías. El vacío para algunas de ellas, como las de tipo psicológico, es total.



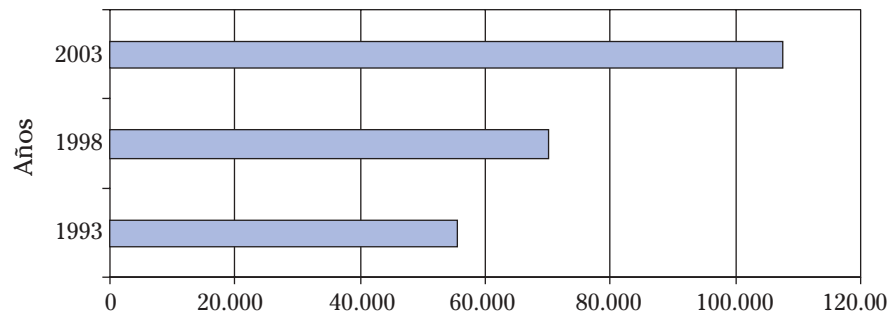
**Figura 143.** Evolución de los casos notificados por la red de médicos centinela de salud laboral de Navarra (1999-2003).

Fuente: INSL.

### Incapacidades laborales por contingencias comunes

Desde 1993 han aumentado notablemente casi todos los indicadores de incapacidad temporal, debido en parte al gran incremento de la población afiliada a la Seguridad Social, pero sin olvidar fenómenos nuevos como la presencia masiva de bajas de muy corta duración que afectan sobre todo a trabajadores jóvenes, sin desaparecer los procesos crónicos en los asegurados de más edad. El número de partes tramitados casi se ha duplicado en este período (Fig. 144), pero los días de baja al año han aumentado un 42% (Fig. 145), lo que va en concordancia con el aumento de los afiliados. La prevalencia de bajas se ha mantenido bastante estable, alrededor de 3. La incidencia mensual de bajas aumentó un 47% y la duración media por asegurado un 15%, sin embargo la duración media de las bajas ha descendido el 22% (Fig. 146). El distinto comportamiento de estos indi-

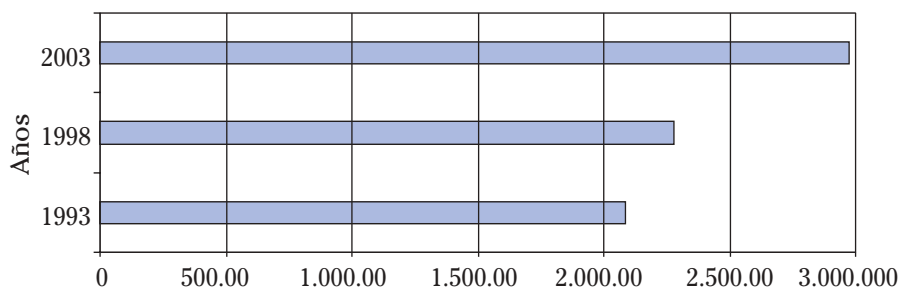
adores relativos confirma la importante presencia de procesos de incapacidad temporal de muy corta duración.



**Figura 144.** Evolución de las bajas tramitadas -BT (IT por contingencias comunes Navarra 1993-2003).

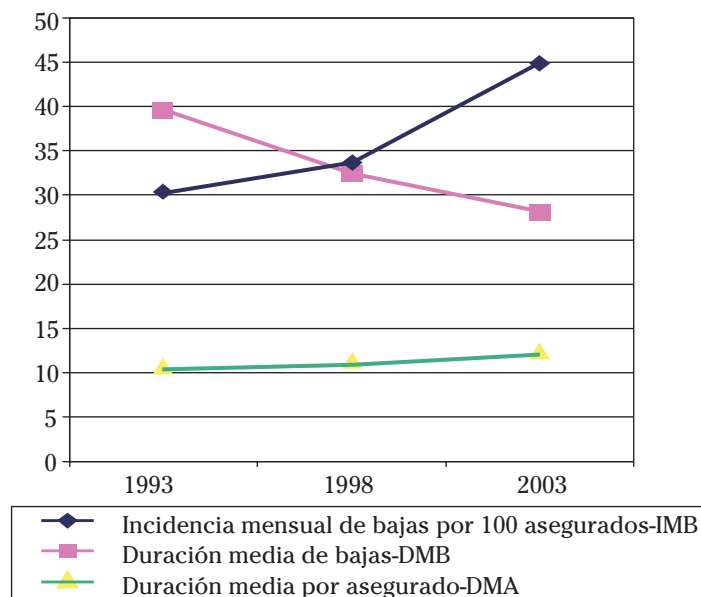
Fuente: INSL.

En años anteriores dentro de la incapacidad temporal por enfermedad común se incluían casos de embarazadas con una cabida más adecuada en otros supuestos contemplados en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y en la de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral. Esto se ha modificado en parte desde la creación de la Prestación de riesgo para el embarazo (se ha pasado de 2 situaciones reconocidas en 2001 a 80 en 2003).



**Figura 145.** Evolución de los días en baja de las altas -DBA (IT por contingencias comunes bajas).

Fuente: INSL.



**Figura 146.** Evolución de indicadores de IT por contingencias comunes (IMB, DMB y DMA. Navarra 1993-2003).

Fuente: INSL. Elaboración propia.

Como se ha comentado anteriormente se deben considerar colectivos que no han tenido protegidas las contingencias profesionales (trabajadores autónomos), pues un número importante de sus procesos de incapacidad temporal por accidente no laboral e incluso por enfermedad común estaba originado en su trabajo no asalariado, por lo que no podían tener la consideración legal de profesionales.

Según el Instituto Navarro de Salud Laboral un 7% de los trabajadores navarros han acumulado más de 30 días de baja en el año, mientras que los dos tercios no han tenido ningún día de incapacidad temporal.

Considerando los grupos diagnósticos más importantes se observa que las patologías infecciosas agudas de las vías respiratorias altas suponen cerca del 23% de los partes de baja emitidos. Sin embargo alrededor del 14% de las jornadas perdidas por incapacidad temporal de etiología común se deben a lumbociatalgias y otras patologías del raquis, el 13% a lesiones y el 9% a cuadros ansioso-depresivos. La duración media de las bajas varía ampliamente desde algo menos de 6 días en las patologías infecciosas agudas de las vías respiratorias altas hasta más de 200 días en las neoplasias malignas.



Las mujeres superan ampliamente a los hombres en los indicadores de incapacidad temporal. Por grupos de edad se observa que los jóvenes tienen una alta incidencia de partes de baja, pero la duración media por asegurado es la más baja. Al contrario, los trabajadores de más de 55 años tienen la incidencia más baja de todos, pero su duración media por asegurado es la más elevada (Tabla 200).

**Tabla 200.** Indicadores de incapacidad temporal por contingencias comunes por edad y género (Navarra 2003).

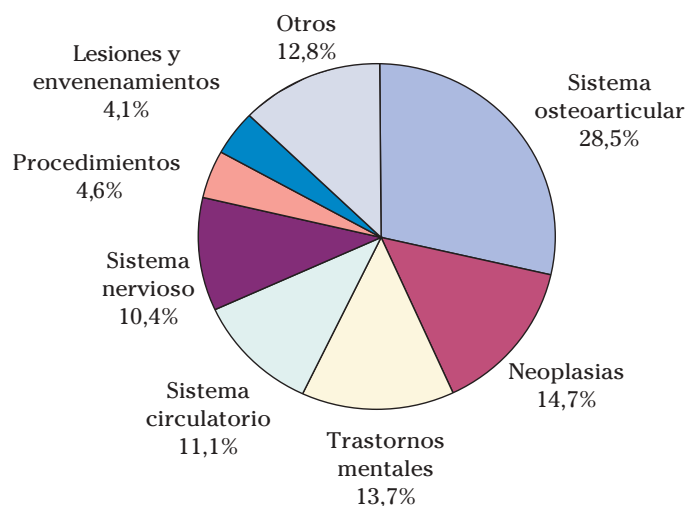
Grupo de edad	Género	IMB	PB	DMB	DMA
16 a 19	Hombres	76	2,4	9,2	6,9
	Mujeres	59	3,2	9,5	5,4
20 a 34	Hombres	54,7	2,3	14,6	7,9
	Mujeres	54,7	3,3	21,2	11,4
35-54	Hombres	35,8	2,7	39,1	10,7
	Mujeres	44,9	4,1	35,9	15,9
Más de 55	Hombres	31,8	5	65,2	20,8
	Mujeres	33,7	6,1	75,6	25,8
TOTAL	Hombres	42,7	2,7	25,9	11
	Mujeres	48,3	3,9	30,9	14,8

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral. Elaboración propia.

Considerando los tramos de duración de las incapacidades temporales, más del 73% de los partes emitidos suponen períodos de baja inferiores a 15 días y el 20% duran de 16 a 90 días. Sin embargo este comportamiento es desigual en los distintos regímenes de la Seguridad Social. En los que incluyen a trabajadores asalariados domina el tramo inferior a 15 días (77% en el General, 72% en el Agrario por Cuenta Ajena y algo más equilibrado el de Empleados de Hogar con el 53%). En los regímenes por cuenta propia es más preponderante el grupo de 16 a 90 días (54% en el Agrario por Cuenta Propia y 48% en el de Trabajadores Autónomos). Probablemente influya la distinta cobertura en las prestaciones económicas de cada Régimen.

Por último según las distintas secciones de actividad económica de las empresas se observa que los mayores índices de incidencia por incapacidad temporal en el año 2003 se dan en “Fabricación de vehículos a motor” (31% superior a la media) y “Administración Pública” (25% mayor). Sin embargo considerando la duración media por asegurado cambia la situación pasando a los primeros lugares “Administración Pública” (30% por encima de la media) e “Industria alimenticia” (12% superior).

Los dos tercios de las incapacidades permanentes se deben a patología osteoarticular, neoplasias, trastornos mentales y afecciones circulatorias (Fig. 147).



**Figura 147.** Principales grupos diagnósticos de las incapacidades permanentes (Navarra 2003).

Fuente: INSL. Elaboración propia.

## PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

*Itxaso Mugarra Bidea\**

Los trastornos del sistema musculoesquelético son la causa principal de los dolores crónicos y de la discapacidad física, ya que tras su pleno desarrollo, los componentes del sistema se pueden desgastar, lesionar o inflamar.

Las lesiones de los huesos, los músculos y las articulaciones son muy frecuentes. El grado de la lesión puede variar desde un tirón muscular leve a una distensión de ligamentos, una dislocación de articulaciones

\* Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.

o una fractura. La mayoría de estas lesiones se cura por completo, aunque son generalmente dolorosas y pueden dar lugar a complicaciones a largo plazo.

El conjunto de enfermedades del aparato locomotor representa el 12,1% de los episodios atendidos en los **servicios de atención primaria** de Navarra, ocupando el segundo lugar entre las patologías más frecuentes. Y dentro del mismo, las enfermedades o situaciones más frecuentes son las lumbalgias, el dolor de rodilla y las mialgias. Las lumbalgias ocupan el 5º lugar entre los episodios asistenciales más frecuentes.

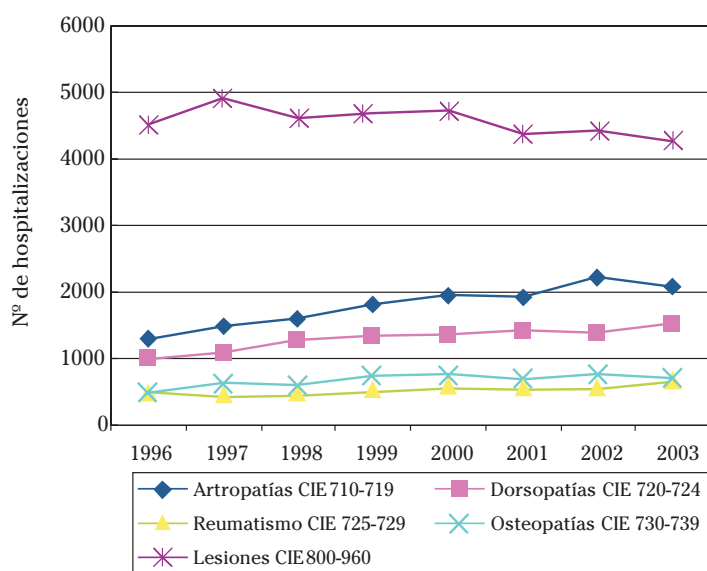
En cuanto a la **hospitalización**, la patología contenida en el capítulo 13 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), correspondiente a 'Enfermedades del Sistema Osteo-mioarticular y del Tejido Conectivo', suman en la actualidad unos 5.000 ingresos al año en los hospitales del Servicio Navarro de Salud (SNS-O). Si a estas hospitalizaciones sumamos las generadas como consecuencia de fracturas y lesiones, unas 4.250 al año, el conjunto representa el 18% de las hospitalizaciones habidas el año 2003 en los hospitales del SNS-O.

Analizando la evolución seguida por la frecuentación hospitalaria para los grandes grupos de patología osteomuscular, constatamos que mientras las lesiones (fracturas y heridas) muestran una clara estabilización, e incluso disminución en su frecuencia desde 1996, la patología degenerativa incrementa en un 50% su frecuencia de hospitalización, y dentro de esta patología degenerativa destacan los incrementos por artropatías y por dorsopatías (Fig. 148). La población hospitalizada por lesiones presenta una edad media inferior (49,4 años) que la ingresada por problemas degenerativos (52,6 años). Estos últimos generan una estancia media de 6,1 días mientras que las hospitalizaciones por lesiones permanecen en el hospital durante 7,2 días. El conjunto de la patología osteomuscular supone un importante consumo de recursos hospitalarios cifrado en 1,623 puntos GRD de complejidad media, lo que equivale a un coste aproximado de 27,8 millones de euros.

Según un informe reciente de la OMS, "Atlas of Health in Europe 2003", las altas hospitalarias por enfermedades musculoesqueléticas en España fueron de 646,8 por 100.000 habitantes en 1999, por encima de Portugal (323,9), Irlanda (566,1) y Holanda (643,8), referidos al año 2001; y por debajo de Italia (928,3), Francia (1550) y Austria (2834), referidos al año 2000.

Para aproximarnos a las **limitaciones funcionales** generadas por las enfermedades osteomusculares en Navarra, disponemos de indicadores de incapacidad temporal y permanente por enfermedad común y accidente no laboral, facilitados por el Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL). En el año 2003 el 21,1% de las **bajas por enfermedad común y accidente no laboral**, y el 33,6% de los días de baja, se debieron a enfermedad osteomuscular. Los

años anteriores, 2001 y 2002, las bajas por el mismo diagnóstico representaban el 24,6% y 21,8% respectivamente (Tabla 201).



**Figura 148.** Evolución de las hospitalizaciones por patología osteomuscular y lesiones.

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O.

**Tabla 201.** Incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral por diagnósticos de enfermedad osteomuscular.

	Año	Nº de bajas	Media de días	% de las bajas	% de días baja
Cuadros	2003	7.362	40,6	15,0	22,1
Lumbociatalgia <sup>1</sup>	2002	6.790	42,8	15,1	21,6
	2001	6.571	42,9	16,9	23,0
Patologías de Raquis(excepto lumbociatalgia) <sup>2</sup>	2003	2.098	49,4	4,3	7,5
	2002	2.207	51,6	4,9	8,6
	2001	2.237	50,0	5,8	8,9
Patología miembro superior <sup>3</sup>	2003	899	61,7	1,8	4,0
	2002	802	58,3	1,8	3,5
	2001	743	64,2	1,9	3,8

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral.

Notas: CIE - 9 <sup>1</sup>724.2 lumbago y 724.3 ciática.

<sup>2</sup>720-723.

<sup>3</sup>354.0 y 726.0 a 726.4.

Las **incapacidades permanentes (IP)** por enfermedad del sistema osteo-articular han pasado de representar el 24,4% del total de IP en 1999 al 29,2% en el año 2003 (Tabla 202).

**Tabla 202.** Incapacidad permanente (IP) por enfermedad del sistema osteo-articular<sup>1</sup>.

	2003		2002		2001		1999	
	Nº	% de IP	Nº	% de IP	Nº	% de IP	Nº	% de IP
I.P. Absoluta	24	6,1	33	7,7	40	8,3	28	6,6
I.P. Total	224	47,7	196	41,7	239	45,8	176	38,2
I.P. Parcial	16	43,2	17	37,0	9	36,0	26	47,3
TOTAL	264	29,2	246	26,1	288	28,0	230	24,4

Fuente: Sección de Incapacidades Laborales y Evaluación Sanitaria del Instituto Navarro de Salud Laboral, a partir de comunicados del Instituto Nacional de Seguridad Social.

<sup>1</sup> No incluye lesiones permanentes no invalidantes.

Así mismo, las enfermedades musculoesqueléticas (E05 y E06), representan el 92,8% del total de **enfermedades profesionales** en Navarra en el año 2003, con un índice de incidencia de 793,2. El mayor índice de incidencia se da en la industria (1.415,2) y en la construcción (812,6) (Tabla 203). La duración media de la incapacidad temporal por enfermedad musculoesquelética, en el año 2001 en Navarra, fue de 32,1 días, dando lugar a un total de 62.890 jornadas perdidas, lo que representó el 91,4% del total de jornadas perdidas por incapacidad temporal por enfermedad profesional en ese año.

**Tabla 203.** Enfermedades profesionales (EPP) del sistema musculoesquelético (E05 y E06). Casos incidentes. Año 2003.

Sector	Nº de EPP musculoesqueléticas	% de EPP musculoesqueléticas sobre el total de EPP	Índice de incidencia de EPP musculoesqueléticas por 100.000 trabajadores
Agricultura	32	94,1	250,3
Industria	929	91,7	1.415,2
Construcción	156	94,5	812,6
Servicios	487	94,4	465,6
TOTAL	1.604	92,8	793,2

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral.

Por otro lado, el 26,1% de los **accidentes de trabajo** se producen por sobreesfuerzo, con un índice de incidencia del 16,6, siendo superior en

los sectores de la construcción (38,6) e industria (20,1) (Tabla 204). La duración media de la incapacidad temporal por accidente de trabajo por sobreesfuerzo, en el año 2001 fue de 19,1 días, con un total de 76.428 jornadas perdidas, lo que representó el 24,5% del total de jornadas perdidas por accidentes de trabajo en dicho año.

**Tabla 204.** Índices de incidencia (I.I.) de accidentes de trabajo por sobreesfuerzo. Año 2003.

Sector	AT Sobreesfuerzo	% Sobreesfuerzo	I.I. Sobreesfuerzo
Agricultura	67	17,6	5,2
Industria	1.318	24,6	20,1
Construcción	740	24,7	38,6
Servicios	1.226	29,8	11,7
TOTAL	3.351	26,1	16,6

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral.

En cuanto a la evolución de los accidentes de trabajo por sobreesfuerzo en el período 1998-2002 en Navarra, se observa que el Índice de Incidencia por sobreesfuerzo aumenta hasta el año 2001 para descender ligeramente el año 2002. Al final del período 1998-2002 se produjo un aumento del 12,8%. El porcentaje de accidentes de trabajo por sobreesfuerzo ha aumentado en ambos géneros. Su importancia es mayor en las mujeres, representando el 35,3% en el año 2002, mientras que en los hombres es el 26,6%.

Por otro lado para aproximarnos a la prevalencia en población no ocupada, se dispone de información sobre discapacidad para la función de “desplazarse” de la “Encuesta de discapacidades del INE” del año 1999. Según dicha encuesta se estima que en Navarra en el año 1999 había entre 8.256 y 10.374 personas mayores de 65 años con el nivel especificado de discapacidad, en su mayoría mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

- The WHO World Mental Health Consortium, World Health Organization. Prevalence, severity and unmet need for the treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581-2590.
- Memorias de la Subdirección de Salud mental. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. <http://www.cfnavarra.es/SALUD/PUBLICACIONES/>

- European Commission. The Health of the status of the European Union. Narrowing the health gap, 2 003
- Hagell P, Nordling S, Reimer J, et al., "Resource use and costs in a Swedish cohort of patients with Parkinson's disease" *Mov-Disord* 2002; 17:1213-1120.
- Hofman A, Rocca WA, Brayne C, et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. EURODEM Prevalence Research Group International *J Epidemiol* 1991; 20, 736-748.
- Launer LJ, Andersen K, Dewey ME et al. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses. *Neurology* 1999; 52: 78-84.
- Manubens JM, Martínez Lage JM, Muruzábal J et al. Patología del envejecimiento. Datos del estudio Pamplona 1989-1993. *An Sist Sanit Navar* 1999; 22: suplemento 1.
- OSTEBAS Servicio de Evaluación de tecnologías sanitarias. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. "Análisis de la eficacia de los tratamientos y coste de la enfermedad de Alzheimer en la CAPV". Informe junio 1998
- Rijk MC, Tzourio C, Breteler M et al. Prevalence of Parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study, *Journal of Neurology, Neurosurg Psychiatry* 1997; 62: 10-15.
- Saenz de Pipaón I, Larumbe R. Propuesta sobre enfermedades neurodegenerativas Plan de Salud de Navarra 2001-2005 . Departamento de Salud-Gobierno de Navarra, 2001.
- Twelves D, Perkins KS, Counsell C. Systematic review of incidence studies of Parkinson's disease. *Movement Disorders* 2003; 18: 19-31.
- Viñes JJ, Larumbe R, Artazcoz, MT et al. Estudio epidemiológico de la enfermedad de Parkinson en Navarra. *An Sist Sanit Navar* 1999; 22 (Supl. 3): 55-66.
- Encuesta de Morbilidad hospitalaria. INE.  
<http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp414&O=inebase&N=&L=>
- López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez Gómez B, Hernández Barrera V, Lope V et al. Situación del Cáncer en España: Incidencia. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27: 165-173.
- E. Ardanaz y otros Incidencia de cáncer en Navarra (1998-2000). *An Sist Sanit Navar* 27, Nº 3 Sep-Dic. 2004. <http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/>
- The EUROCARE Working Group. EUROCARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94 - results and commentary. *Ann Oncol* 14: v 61-v 118. <http://www.eurocare.it/#Pub>

- Dirección General de Tráfico. Estadísticas. <http://www.dgt.es/estadisticas>. Madrid. 2004.
- Instituto Navarro de Salud Laboral. Estadísticas. <http://www.cfnavarra.es/insl>. Pamplona. 2004.
- Layana E, Artieda L, Lezaun M y Beloqui A. Lesiones Profesionales en Navarra 2001. Pamplona. Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Salud Laboral. 2004.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Información estadística. <http://www.mtas.es>. Madrid. 2004.
- Boletín Epidemiológico Semanal. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://193.146.50.130/htdocs/bes/bes.htm>
- Enfermedades de declaración obligatoria. Casos notificados por comunidades autónomas. España 2003. Centro Nacional de Epidemiología. <http://193.146.50.130/htdocs/ve/Edo2003.htm>
- Vigilancia epidemiológica del SIDA y el VIH en España. Centro Nacional de Epidemiología y Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. <http://193.146.50.130/htdocs/sida/sidavih.htm>
- Comisión de tuberculosis de Navarra. Departamento de Salud SNS-O. Normas para la prevención y control de la tuberculosis en Navarra. Pamplona: 1993.
- Andueza J, Moreno C, Ardanáz E, Extramiana E, Utiaga M, Pérez Trulen A. Evaluación del programa de vigilancia y control de la tuberculosis durante el periodo enero 1993- junio 1996. *An Sist Sanit Navar* 1999; 22: 177-187.
- Anónimo. Documento de consenso sobre la prevención y control de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 710-715.
- Centers for Disease Control and Prevention. CDC's response to ending neglect: the elimination of tuberculosis in the United States. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2002.
- Euro TB. Surveillance of tuberculosis in Europe. Annual report 2002. <http://www.eurotb.org/index.htm>
- ISAAC Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998;351:1225-1232.
- ECRHS. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J* 1996;9(4):687-695.
- Aguinaga I, Arnedo A, Bellido J, Guillén F, Suárez MM. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en niños de 13-14 años de 9 poblaciones



- españolas. Estudio ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 171-175.
- Alergológica. Factores epidemiológicos, Clínicos y Socioeconómicos de las enfermedades alérgicas en España. SEAIC 1995.
  - Ana Domínguez Castro. Los costes del Asma Bronquial. *Revista Española de Economía de la Salud*. Vol.2 Nº 1. 2003; 2 (1).
  - Lafita L, Aragón L, Berraondo CH et al, Mejora continua de la calidad en el control del diabético tipo 2 en Navarra. *Estudio GEDAPSNA An Sist Sanit Navar* 1999, 22.
  - M. Manrique y otros. Audición y lenguaje en niños menores de 2 años tratados con implantación coclear. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27: 305-318. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol27/n3/orig1.html>
  - Cortés FJ, Abad FJ. Estudio epidemiológico de salud buco-dental de la población escolar de Navarra de 9 y 14 años de edad (1987). *Arch Odontostom Prev Comunit* 1989; 1: 49-57.
  - Cortés J, Doria A, Martínez I, Asenjo MA, Sainz de Murieta I, Cuenca E. Prevalencia de caries entre la población infantil de Navarra, 1997. *Arch Odontostom Prev Comunit* 1998; 14: 640-646
  - Cortes, F.J., Ramon, J.M. Y Cuenca, E. Doce años de Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) en Navarra (1991-2002): Utilización e indicadores de salud. *An Sist Sanit Navar* 2003, 26, 373-382.
  - Banco de Datos de la SESPO Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral- <http://www.infomed.es/sespo-bd/>
  - Instituto Nacional de Estadística (INE). [www.ine.es/inebase](http://www.ine.es/inebase)
  - Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999
  - Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL) [www.cfnavarra.es/insl/](http://www.cfnavarra.es/insl/)
  - Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL) Campaña de prevención de trastornos musculoesqueléticos del INSL, 2004; Estadísticas trastornos musculoesqueléticos (TME), Navarra, 2003.
  - Organización Mundial de la Salud (OMS). Atlas of Health in Europe 2003, 2004
  - Artieda L. La vigilancia de la salud desde un registro poblacional de enfermedades profesionales. Vigilar la salud, prevenir el riesgo, II Foro ISTAS de Salud Laboral. Madrid. ISTAS. 2000.
  - Artieda L, Layana E, Lezaun M y Cipriain C. Diagnóstico de Salud Laboral en Navarra 1997-1999. Pamplona. Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Salud Laboral. 2001.
  - Instituto Navarro de Salud Laboral. Estadísticas. <http://www.cfnavarra.es/insl>. Pamplona. 2004.

- Layana E, Artieda L, Lezaun M y Beloqui A. Lesiones Profesionales en Navarra 2001. Pamplona. Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Salud Laboral. 2004.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Información estadística. <http://www.mtas.es>. Madrid. 2004.
- Vogel L. De l'indemnisation à la prévention: ambiguïtés et impasses dans le regime juridique des maladies professionnelles en Europe. Les maladies professionnelles en Europe. Bruxelles. BTS. 2001.

## **ÍNDICE TEMÁTICO**



## A

- Accidentes, 220-223, 519-528
  - trabajo, 519-525
  - por sectores, 523
  - tráfico, 220-223, 525-528
- Agenda 21, 195,196
- Agua, 152-159
  - consumo humano, 152-155
  - piscinas, 155
  - zonas de baño natural, 156
  - no de red, 155, 170
  - potables, 152-155
  - condiciones adecuadas de consumo, 152
  - sistema de desinfección-cloración, 154
  - residuales, 170
- Aire, 172-174
  - Red de control de calidad del aire, 173
  - calidad del aire, 172
  - dióxido de azufre, 173
  - partículas en suspensión, 173
- Alcohol, 209-212
  - actuaciones desarrolladas, 213, 219
  - prevención, 220, 222
  - situación, 209-212
  - prevalencia consumo, 216
  - consumo de fin de semana, 220-222
  - edad de inicio, 215-216
- Alimentación, 226-229
  - actuaciones, 228
  - consumo de nutrientes, 226-227
  - higiene alimentaria, 183-190
  - manipuladores alimentos, 185
  - sobrepeso y obesidad, 227-228
- Ancianos, 135, 240, 414
- Apoyo social, 412-414
  - actuaciones desarrolladas, 413-414
  - ayudas a programas de salud, 413
- Asma, 554-559
  - asistencia, 557-559
  - epidemiología, 555-556
- Atención especializada, 275-315
  - actividad concertada, 279, 322, 327
  - actuaciones desarrolladas, 302-305
  - camas, 275
  - casuística y funcionamiento, 293-297
  - contratos programa SNS-O, 297-299
  - dispositivos asistenciales, 275-278
  - indicadores, 278-291
  - gasto y producción, 298-299
  - GRDs, 293-297
  - líneas de actuación, 300
  - modelo MAPPA-Horizonte, 300-301
  - continuidad de la asistencia, 302-304
  - nuevas unidades, 304-305
  - pactos estratégicos de gestión, 305-308
    - problemas atendidos, 291
    - recursos humanos, 276-278
    - tecnologías y otros recursos, 276
    - utilización, 279
  - frecuentación hospitalaria, 278
  - indicadores de utilización, 279
  - estancia media, 280
  - índice de ocupación, 280
  - índice de rotación, 281-282
  - Intervenciones quirúrgicas, 282-283
    - consultas, 283-286
    - urgencias, 286
  - cirugía mayor ambulatoria CMA, 287-288
    - listas de espera, 288-291
    - garantías de acceso, 300
    - para intervenciones quirúrgicas, 289
    - para consultas, 290
    - para pruebas complementarias, 291
    - valoración por el ciudadano, encuestas, 309-315
  - de percepción de la espera, 313
  - de satisfacción, 309-313

–sobre atenciones no sanitarias, 314, 315  
 Atención primaria de salud, 249-274  
 –actividad programada, 258, 259, 391  
 –atención continuada/urgente, 270, 340  
 –calidad asistencial, 266, 270  
 –coordinación primaria especializada, 270, 316-320  
 –frecuentación de la AP, 254-257  
 –características de la demanda, 258-260  
 –problemas atendidos, 260-263  
 –gestión, perspectivas de futuro, 264-267, 270, 271  
 –implantación y desarrollo, 249-252  
 –indicadores, 255  
 –modelo de gestión, 264-266  
 –oferta de servicios, 263-264  
 –perspectivas de futuro, 270-271  
 –población atendida, 252-253  
 –presupuesto, 268-270, 352  
 –programas de salud, coberturas, 265, 391  
 –recursos humanos y materiales, 251, 253-254  
 –sistemas de información, 267  
 –valoración por el ciudadano, 271-274  
 –encuesta de opinión, 1999, 272  
 –barómetro sanitario, 273  
 –utilización, 254, 259  
 –características, 255, 256, 258  
 –frecuentación de consultas, 254, 255, 258, 260  
 –problemas de salud atendidos, 260, 262, 321  
 Atención urgente, ver Urgencias,

## B

Becas y ayudas para la formación, 423  
 Biblioteca virtual en ciencias de la salud, 432  
 Brotes epidémicos, 535  
 Brucelosis,  
 –en animales 192, 194  
 –humana, 530, 532, 534  
 Bullying–violencia escolar, 235-238

## C

Calidad, 86-89, 301  
 Calidad del aire, 172-174  
 Calorías, 226  
 Cáncer, 370-374, 507-518, 511-519, 541-542  
 –hospitalización por, 517-519  
 –incidencia, 507-508, 541  
 –principales localizaciones tumorales, 509-511  
 –mortalidad, 511-517, 541  
 –supervivencia, 514, 542  
 Cáncer de mama, 541-542  
 –programa de detección precoz, 370-374  
 –situación del, 371-374, 450  
 Cáncer de próstata, 452  
 Cáncer de pulmón, 450  
 Cánceres digestivos, 451  
 Cánceres ginecológicos, 451  
 Capital Social en Navarra, 411-414  
 Cardiovascular, enfermedad, 388-390  
 –factores de riesgo, 492-496  
 –morbilidad, 497-502  
 –programa de actuación ante riesgo, 388-391  
 –registro poblacional de IAM, 502-505  
 Caries dental, 549-550  
 Censo de población, 107-113  
 Centros de Salud, 245, 250-254  
 CIE en asistencia especializada, 291-293  
 Cobertura sanitaria, 61, 66-73  
 Comisión de formación continuada, 425  
 Coordinación primaria especializada, 270, 316-320  
 Consumo, Indicadores, 118-120, 145

## D

Demencias, 486-491  
 –incidencia, prevalencia, 488, 489  
 –costes, 489  
 Demografía, 107-114  
 –Población indicadores, 108, 110-114  
 Derecho a la salud, 59-104

- reconocimiento de derecho, 62-65
  - reconocimiento de hecho, 66-72
  - carencias, 75
  - Desarrollo sostenible, 195
  - Diagnóstico prenatal, programa, 381-388
  - indicadores de resultados, 385-388, 551-553
  - Diabetes, 542-546
    - atención primaria, 543
    - hospitalización, 544-545
    - morbi-mortalidad, 542-543
  - Discapacidad, 466-479
    - prevalencia, 466
    - para las actividades de la vida, 468
    - deficiencias y su origen, 470
    - necesidad de ayudas, 471
  - Disentería bacilar, 530, 532
  - Docencia y formación, 419-426
    - difusión de conocimientos, ayudas, 425
    - formación continuada, 420-424
    - ayudas a estancias formativas, 424
    - comisión de, 425
    - plan docente, 421
    - colaboraciones para, 421
    - formación de pre y postgrado, 422, 425
  - Donación y trasplante, 416-419
  - Drogas, 204-220
    - actuaciones, 212, 219-220
    - por ámbitos, 219
    - con jóvenes, 219
    - situación, 205-208, 210-217
    - consumo en población adulta, 212
    - consumo en población joven, 215
- E**
- Economía: Indicadores, 115-120
  - EDO, 529-535
  - Educación, 120-124
    - para la salud, 242-246
    - actividades desarrolladas, 243-246
    - ámbito escolar, 246, 364
    - atención primaria de salud, 245
    - formación de profesionales, 245
  - Eficiencia, 81, 295
  - Ejercicio físico, 223-226
    - actuaciones desarrolladas, 226
    - situación, 223-225
  - Encefalopatía espongiforme transmisible, 192-194
  - Encuesta: de opinión 1999, 271
  - Encuesta: Barómetro Sanitario, 271
  - Encuesta de satisfacción, 309
  - Enfermedad aparato circulatorio, 447
  - Enfermedad de Alzheimer, 486-491
  - Enfermedad de Parkinson, 486-491
    - incidencia, prevalencia, 491
    - costes, 491
  - Enfermedades de transmisión alimentaria, 530, 531
  - Enfermedades de transmisión sexual, 530, 533
  - Enfermedades del aparato digestivo, 292, 452
  - Enfermedades importadas, 530, 533, 535
  - Enfermedades infecciosas, 158, 367, 400, 453
  - Enfermedad meningocócica, 453, 456, 459, 531, 534
  - Enfermedades neurodegenerativas, 486-491
  - Enfermedades oncológicas,
    - morbilidad, 507-518, 541
    - mortalidad, 447-452
  - Enfermedades osteomusculares, 456, 459, 570-574
  - Enfermedades prevenibles por inmunización, 530, 532, 534
  - Enfermedades profesionales, 559-564
  - Enfermedades respiratorias, 452, 554-559
    - hospitalización, 554
    - mortalidad, 452
  - Envejecimiento, 109-110
  - Equidad, 61-80
    - y acceso a las prestaciones, 66-72
  - Escolarización, 122
  - Esperanza de vida, 441-443
    - al nacer, 442, 443
    - libre de incapacidad, 473-476
    - comparación CCAA y UE, 474-476
  - Estilos de vida,
    - alimentación, 226-229
    - consumo de tabaco, 204-209

- consumo de alcohol, 209-212
- consumo de otras drogas, 212-220
- educación para la salud, 242-246
- ejercicio físico, 223-226
- seguridad vial, 220-223
- salud sexual, 229-231
- violencia, 233-238
- Estudios, nivel de, 120
- población inmigrante, 121
- y resultados educativos, 123

## F

Factores de riesgo cardiovascular, 227, 388, 492-496  
Farmacia, gasto en, 352, 353  
Fecundidad, 113

## G

Gasto,  
-en educación, 138, 143  
-farmacéutico, 43, 353  
-público de protección social, 136-138  
-sanitario, 84, 298, 351-356  
-capítulos económicos, 353  
-estructura del, 351-352  
-PIB, 354  
-público, 354  
Gripe, 263, 456, 459, 529, 530, 534

## H

Hemodonación, 47  
Hepatitis,  
-A, 455, 530, 533  
-B, 360, 530, 533, 458  
- otras hepatitis, 530, 533  
Hidatidosis, 190-192  
-incidencia, 192, 530, 532  
-prevención y control, 190-192  
Higiene alimentaria, 183-190  
-inspección y control de actividades alimentarias, 186-189

- Registro General Sanitario de Alimentos, 185
- mataderos, 186
- otras industrias alimentarias, 186
- Plan Nacional de Investigación de Residuos, 189
- programa de manipuladores de alimentos, 185
- Hipercolesterolemia, 495
- Hipertensión arterial, 265, 437, 492
- Hipoacusias en recién nacidos, 356-359, 546-549
- programa de detección precoz, 356-359
- morbilidad, 547
- valoración de resultados, 546-549
- Hospitales, 275
- indicadores, 278-291
- concertados, 279
- hospital San Juan de Dios, 287, 321-324
- Huella ecológica 194, 197

## I

Ictus, 304, 505-507  
Incapacidad funcional, ver Discapacidad,  
Incapacidad laboral, 566-570  
-temporal, 567-569  
-permanente, 570  
Indicadores, 117, 123, 141, 194, 367, 374, 402, 446  
-consumo e inversión, 118, 120, 145  
-fecundidad, 113  
-hospitales, 284, 517, 544, 545  
-parque de viviendas, 129-145  
Índice,  
-de desarrollo humano, 117, 118  
-de precios al consumo, 118, 119, 145  
-de pobreza humana, 117, 118  
Infarto agudo de miocardio, 456-462, 502-504  
Invalidez, 136-140, 146, 147  
-permanente, 520  
Investigación biomédica, 426-438  
-ayudas a proyectos de investigación, 427



-áreas temáticas, 427  
 -ayudas a la promoción de investigadores, 429  
 -Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud, 432  
 -Comité Ético de Investigación Clínica, 429  
 -producción científica, 430, 433  
 -revista "Anales del Sistema Sanitario de Navarra", 430  
 IVE, véase: Sexualidad,

**L**

Legionelosis, 530, 531, 534  
 -control, 158  
 Leishmaniosis, 530  
 Leucemia, 452,455-462, 508, 510, 514  
 Libertad de elección, 80

**M**

Manipuladores de alimentos, 185  
 Medio ambiente, 149-175  
 -ámbito competencial, 149  
 -aguas, 152-157  
 -de baño natural, 156  
 -de consumo, 152-155  
 -de piscina, 155  
 -calidad del aire, 172  
 -huella ecológica, 194-197  
 -plaguicidas, 160  
 -radiaciones ionizantes, 174, 182  
 -residuos, 160-172, 189  
 -ruido, 175-180  
 -seguridad alimentaria, 183-189  
 -zoonosis, 190-192, 530, 532, 534  
 Meningitis, ver enfermedad meningocócica  
 Metabolopatías,  
 -programa, 368-370  
 -detecciones, 370  
 Minorías étnicas, promoción de salud, 365, 413-415  
 Minusvalías, 356-359  
 -psíquicas, 368,381

Morbilidad, 481-574  
 -declaración obligatoria, 529-532  
 -factores de riesgo cardiovascular, 492-501  
 -incapacidad, 570-575  
 -esperanza de vida libre de incapacidad, 473-476  
 -minusvalías, 466-470  
 -percibida, 463-465  
 -autovaloración, 463-464  
 -problemas de salud, 465  
 Mortalidad, 441-454  
 -causas, 445-454  
 -esperanza de vida, 441  
 -grupos de edad, 443-445  
 -infantil, 445  
 -tendencias, 443  
 Movimiento Natural de Población, 113

**N**

Natalidad, 113  
 Nutrición, 226-229

**O**

Obesidad y sobrepeso, 227-228, 492, 493  
 Opiáceos y otras sustancias tóxicas, ver Drogas

**P**

PADI, 379-381  
 Paciente terminal, 321  
 -atención primaria, 321  
 -valoración del modelo actual, 324  
 -recursos hospitalarios, 323  
 Parkinson, 486-491  
 Parotiditis, 360, 530, 532, 534  
 Pensiones,  
 -contributivas, 138,139  
 -evolución, 137  
 -no contributivas, 139  
 Plaguicidas, 160  
 Plan Docente, 421

PIB,  
 –evolución, 115-118, 137-140  
 –gasto sanitario, 84, 354-356  
 Plaguicidas, 160  
 Población, 107-114  
 –activa, 127, 337  
 –inmigrante, 111-113  
 –nivel de estudios, 121  
 –trabajo y condiciones laborales, 125, 128  
 –residente, 107  
 Pobreza, 115-118  
 Poliomieltis, 359, 532, 535  
 Prestaciones,  
 –económicas de la seguridad social, 146  
 –sanitarias, 92-95  
 –de atención primaria, 93  
 –de atención especializada, 93  
 –de salud pública, 92  
 –de atención a la salud mental, 94  
 –de atención sociosanitaria, 94  
 –de prestación farmacéutica, 95  
 –de prestación ortoprotésica, 95  
 –de transporte sanitario, 95  
 –sociales, 95-99  
 Problemas de salud percibidos, 463-465  
 Producto Interior Bruto, 115-116, 354-356  
 Promoción de salud, 242-248  
 –actividades, 243-246  
 –en el ámbito educativo, 246  
 –en los servicios sanitarios, 245  
 –transiciones vitales, 243  
 –infancia, adolescencia, 243  
 –educación parental, 243  
 –mujeres en la perimenopausia, 244  
 –envejecer en buena salud, 244  
 –cuidar y cuidarse, 244  
 Prostitución, 229, 231  
 Protección social, 136-138

## R

Rabia, 192, 235  
 Radiaciones ionizantes, 174, 179, 182  
 Registro,  
 –general sanitario de industrias alimentarias, 185  
 –poblacionales de IAM, 497, 503, 504  
 Residuos,

–agropecuarios, 170  
 –cobertura de los servicios mancomunados, 162  
 –específicos, 166  
 –industriales, 169  
 –radiactivos, 171  
 –sanitarios, 168  
 –sólidos urbanos, 160, 161  
 –tóxicos y peligrosos, 169  
 Revista “Anales del Sistema Sanitario de Navarra”, 430  
 Riesgos,  
 –de salud laboral, 179  
 –amianto, 182  
 –radiaciones ionizantes, 174, 182  
 Ruido, 175-180  
 Rubéola, 360, 530, 532, 534, 535

## S

Salario Mínimo Interprofesional, 128, 147  
 Salud,  
 –alimentaria, 226  
 –ambiental, 151-175  
 –bucodental, 93, 549  
 –programa, 379  
 –indicadores de, 550  
 –comparaciones, 550  
 –determinantes, 427  
 –diagnóstico, 27  
 –escolar, 74, 212-217, 219, 223, 235, 243, 246  
 –laboral, 176, 331  
 –cambios normativos, 331  
 –cambios estructurales, 334  
 –enfermedades profesionales, 333  
 –otros daños derivados del trabajo, 182  
 –riesgos percibidos, 181  
 –riesgos específicos, 179  
 –mental, 325  
 –cambios normativos, 325  
 –cambios en la morbilidad atendida, 330, 481  
 –diagnósticos más frecuentes, 330  
 –en los centros comunitarios, 330  
 –en los hospitalizados, 483, 485, 486  
 –recursos de la red, 327  
 –frecuentación, 328

- en centros comunitarios, 328, 329
- en hospitales, 483
- programas desarrollados, 329
- recursos humanos, 327
- percibida, 463
- Sarampión, 360, 530, 532, 534
- Satisfacción de la población, 271-274, 309-315
- Seguridad alimentaria, 183-190
  - alertas alimentarias, 190
  - control de actividades, 186
  - Plan Nacional de Investigación de residuos, 189
- Seguridad Social y asistencia sanitaria, 64-73
- Seguridad Vial, 204
  - actuaciones, 223
  - situación, 220
- Servicio/s,
  - médicos de empresa, 337
  - medioambientales mancomunados, 153, 162, 164
  - sanitarios, 249-395
  - satisfacción de la población, 271-274, 309-315
  - sociales, 96-98, 241
- Sexualidad, 229-231
  - actividad sexual, 229
  - prostitución, 231
  - satisfacción con vida sexual, 229
- SIDA/VIH, 362-368, 535-537
  - incidencia acumulada, 536
  - vía de transmisión, 537
- Síndrome de Down, 385-388, 551-553
- Síndrome metabólico, 389, 492, 496
- Sostenibilidad, 81-85

## T

- Tabaco, consumo de, 204
  - actuaciones, 207
  - ayuda a dejar de fumar, 376
  - bases legales, 209, 375
  - espacios sin humo, 378
  - prevención al inicio del consumo, 375
  - situación, 204
- Tarjeta individual sanitaria, 65, 67, 71
- Tasa de mortalidad, 441-445

- infantil, 445
- por causas, 445-462
- natalidad, 107, 113
- Tétanos, 180, 359-361, 530, 532, 535
- Tosferina, 54, 530, 532
- Toxicomanías, ver Drogas
- Trabajo y condiciones laborales, 124
  - contratación temporal, 126
  - paro, 124
  - salarios, 127
  - vida laboral y familiar, 128
- Transferencias sanitarias, 61, 74, 103
- Transplantes de órganos, 416
- Trastornos mentales, 330-331, 481
  - asistencia, 482
  - diagnósticos más frecuentes, 485
  - prevalencia, 481
  - GRDs, 293-197
- Toxiinfecciones alimentarias,
  - Trasplante, 416-419
- Tuberculosis, 194, 537
  - bovina, 194
  - humana, 537
  - factores de riesgo, 539
  - incidencia, 538
  - comparación internacional, 540
  - evolución en Navarra, 539

## U

- Universalización, 59-61
- Urgencias, 340-351
  - evolución de la demanda, 341
  - hospitales, 346-350
    - acceso, 348
    - características de la población atendida, 349
    - indicadores, 342-343
    - infantiles, 350
    - recursos y ámbitos de actuación, 340
    - utilización de la UVI móviles, 343-345

## V

- Vacunaciones, 359-361
- Valores en la sociedad, 59-61

Varicela, 360, 529  
Violencia, 233  
-comportamientos antisociales, 233  
-de género, 238-240  
-escolar - Bullying, 235-238  
-en menores, 241-242  
-sobre personas mayores, 240-241  
Vivienda, 129-136  
-composición, 133  
-equipamientos, 134  
-minorías étnicas, 133  
-situación en los mayores de 65 años,  
133, 134

## Z

Zoonosis, 190-194  
-hidatidosis, 190  
-rabia, 192  
-encefalopatía espongiiforme transmi-  
sible, 192  
-TBC y brucelosis, 194



