

Diagnóstico de situación Navarra 2012

Departamento
de Salud



DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

ÍNDICE

0. INTRODUCCIÓN

1. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

1.1. Determinantes sociodemográficos	5
1.2. Determinantes socioeconómicos	10
1.3. Determinantes medioambientales	20
1.4. Estilos de vida	30

2. ESTADO DE SALUD

2.1. Mortalidad general	43
2.2. Morbilidad general	53
2.3. Morbilidad y mortalidad por los principales problemas de salud	
2.3.1. CANCER	57
2.3.2. ENFERMEDADES VASCULARES Y DIABETES	62
2.3.3. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	69
2.3.4. DEMENCIA Y OTRAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS	74
2.3.5. DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA	77
2.3.6. ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL	81
2.3.7. PROBLEMAS DE SALUD EN EDAD INFANTIL Y ADOLESCENCIA	84
2.2.8. DOLOR CRONICO	92
2.2.9. OTROS PROBLEMAS DE SALUD	94
2.2.9.1. Enfermedades transmisibles	
2.2.9.2. Salud laboral	
2.2.9.3. Accidentes	
2.2.9.4. Violencia	
2.2.9.5. Enfermedades raras	
2.2.9.6. Enfermedades reumáticas y osteoporosis	
2.2.9.7. Disfunción eréctil	
2.2.10. PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES	111
2.4. Percepción de salud y calidad de vida	111
2.5. Desigualdades en salud	113

3. SISTEMA SANITARIO

3.1. Estructura y organización	117
3.2. Financiación	122
3.3. Actividad	124
3.4. Resultados	133
3.5. Actuaciones del sistema sanitario de Navarra	
3.5.1. ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD	134
3.5.2. ACTUACIONES SOBRE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD	137
3.5.2.1. Actuaciones sobre cáncer	
3.5.2.2. Actuaciones sobre enfermedades vasculares y diabetes	
3.5.2.3. Actuaciones sobre enfermedades respiratorias	
3.5.2.4. Actuaciones sobre demencia y otras enfermedades neurodegenerativas	
3.5.2.5. Actuaciones sobre enfermedades de salud mental	
3.5.2.6. Actuaciones sobre problemas de salud en edad infantil	
3.5.2.7. Actuaciones sobre dolor crónico	
3.5.3. OTRAS ACTUACIONES	172
3.5.3.1. II Plan Foral de drogodependencias	
3.5.3.2. Programa de ayuda a dejar de fumar	
3.5.3.3. Programa de SIDA	
3.5.3.4. Programa de vacunación en población adulta	
3.5.3.5. Actuaciones sobre violencia	
3.5.3.6. Estudios genéticos postnatales	
3.5.3.7. Programa de promoción de salud de la minoría gitana	
3.5.3.8. Actuaciones en materia de Salud Laboral	
3.5.3.9. Actuaciones sobre accidentes	
3.5.3.10. Actuaciones sobre la disfunción eréctil	
3.5.3.11. Actuaciones sobre enfermedades reumáticas	
3.5.3.12. Programas y servicios de Atención Dental	
3.6. Variabilidad de la práctica clínica	187
3.7. La participación	189

0. INTRODUCCIÓN

Presentamos en este documento un Diagnóstico de la Situación Actual de Navarra con referencia a diciembre de 2012. Este Diagnóstico cumple una doble finalidad, por un lado continúa la serie realizada por el Departamento de Salud en los años: 1985, 1988, 1993 y 2003; por otro lado, ha sido el punto de partida de la elaboración del Plan de Salud Navarra 2014-2020.

Más de treinta profesionales de la salud y de otros departamentos del Gobierno han participado en este proceso, elaborando informes de situación sobre materias pertenecientes a sus áreas competenciales y de conocimiento. Este proceso participativo ha buscado asegurar la coherencia, el consenso, y la comunicación entre los diversos colectivos e instituciones implicadas. Sin su trabajo este Diagnostico de situación no habría sido posible.

El documento se articula en tres grandes apartados. El primero se refiere a los factores determinantes de la salud, contiene información sobre los factores clásicamente reconocidos: sociodemográficos, socioeconómicos, medioambientales y estilos de vida.

El segundo apartado trata de describir el estado de salud de la población de Navarra, en términos de mortalidad y morbilidad por los principales problemas de salud, tanto de los problemas clásicos, reconocidos: cáncer, enfermedades vasculares, diabetes etc., como de otros problemas de salud que han adquirido importancia mas recientemente: dolor, problemas emergentes etc. También se recogen aspectos de calidad de vida, percepción del estado de salud y de desigualdades de salud.

El tercer y último apartado se refiere al Sistema Sanitario. Se proporciona y se analiza información referida a sus recursos, servicios y prestaciones. Se dedica un esfuerzo importante a la descripción de las actuaciones llevadas a cabo por el Sistema Sanitario. Finalmente se presenta información sobre la participación social en el propio Sistema.

Esperamos que este Diagnóstico de situación sea compartido por los profesionales de la salud y sirva de base para la toma de decisiones adecuadas y equitativas.

El documento está disponible en la página web del Departamento de Salud.

1. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

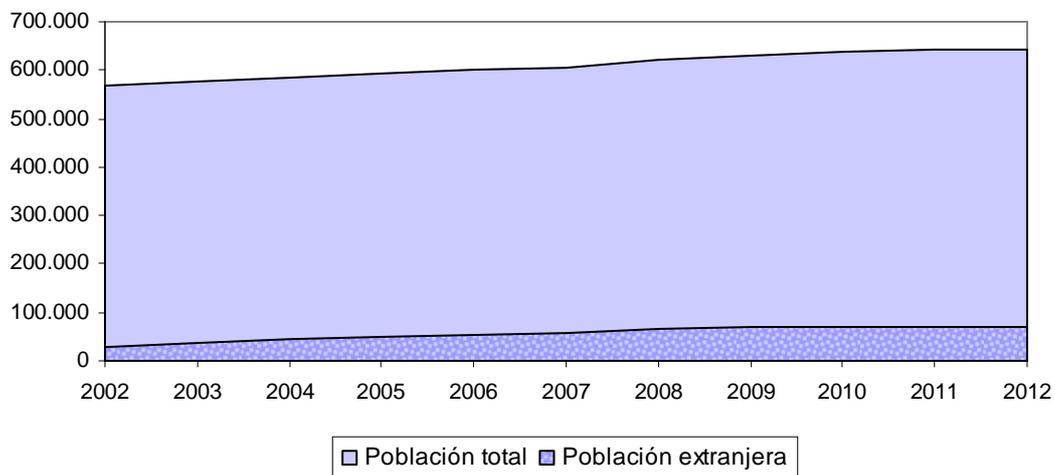
1.1 Determinantes sociodemográficos

Los factores tenidos en cuenta en esta sección corresponden a los factores sociodemográficos de conocido impacto sobre la salud

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

La población residente en Navarra a 1 de enero de 2012 es de 644.566 habitantes. Ha experimentado un crecimiento progresivo en los últimos años, con una tasa de crecimiento anual desde 2002 de 1,32%. En el último año, por primera vez en este periodo, la población extranjera ha disminuido, y posiblemente como consecuencia de ello, la tasa de crecimiento ha sido solamente de un 0,25% (Figura 1).

Figura 1. Evolución de la población total e inmigrante. Navarra 2002-2012



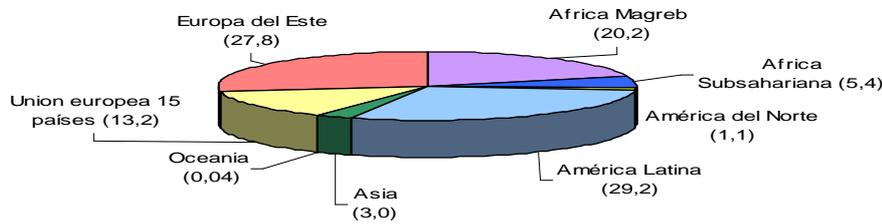
El crecimiento natural de la población en los últimos diez años ha pasado de 813 personas en 2002 a 1.355 en 2012. Desde 2010 desciende.

La población extranjera residente en Navarra ha aumentado en números absolutos y relativos respecto al total de población hasta el año 2009 que se estabiliza, a partir de 2011 comienza a descender.

En el año 2012 hay 69.623 extranjeros residentes en Navarra, lo que representa un 10,8% de la población total. Es una población con un ligero predominio masculino y joven, se concentran en el tramo de edad de 30 a 50 años.

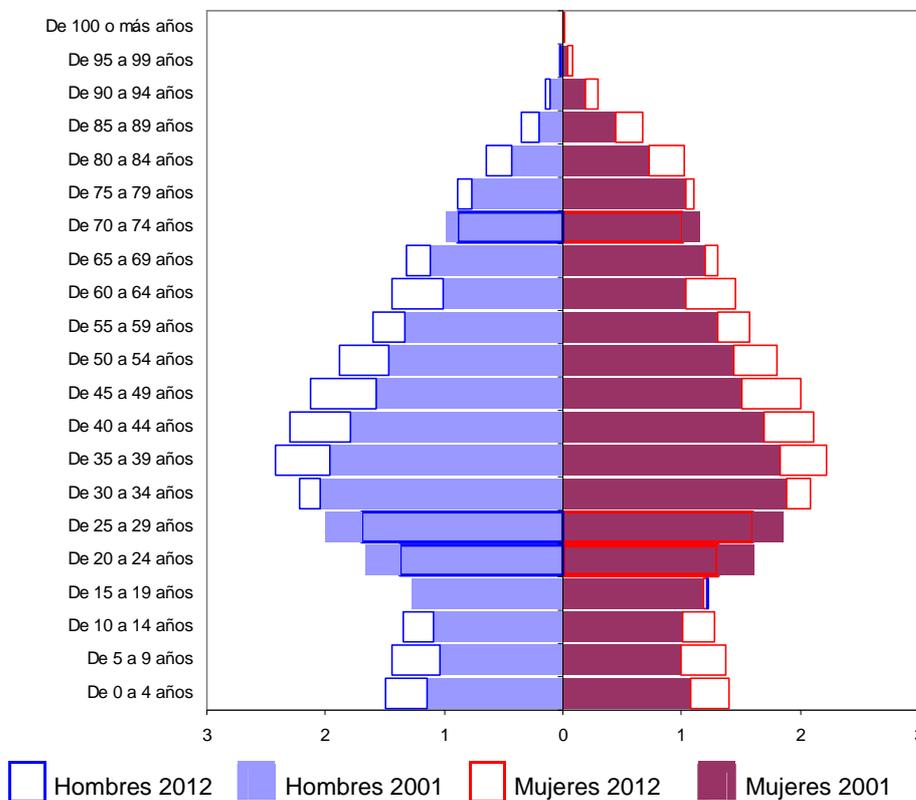
Los países de procedencia predominantes son los de América Latina y los de Europa del Este (Figura 2).

Figura 2. País de procedencia de la población extranjera residente en Navarra (%). Año 2012.



La pirámide de la población de Navarra muestra la forma característica de una población regresiva, con una base más estrecha que el cuerpo y un porcentaje de personas mayores relativamente grande. El índice de masculinidad es del 99,8%. Respecto a la pirámide de 2001 hay un aumento de población prácticamente en todos los grupos de edad (Figura 3). Se observa el efecto de la inmigración en el incremento de los niños de corta edad como consecuencia de la movilidad de sus padres y por el aumento de la tasa de natalidad que producen. Otro efecto de la inmigración que se suele encontrar es el incremento del grupo de población de entre 20 y 39 años, debido a que la mayor parte de los flujos migratorios están protagonizados por personas de este grupo de edad, en el caso de Navarra, el incremento empieza a los 30 años y afecta a toda la edad adulta.

Figura 3. Pirámides de población de Navarra 2001-2012



El análisis detallado de la estructura de población muestra algunos signos de rejuvenecimiento de la población en estos últimos años y un incremento claro de los indicadores de dependencia (Figuras 4 y 5):

- Incremento de porcentaje de población de 0-14 años y estacionamiento de la de 65 y más en los últimos 15 años
- Ligera disminución del porcentaje de población de 15-64 años los últimos 10 años.
- Disminución de los índices de vejez en los últimos 10 años sobre todo del que relaciona la población más extrema $Pob > 64 años / Pob < 15 años$.
- Incremento de casi tres puntos porcentuales del índice de dependencia en los últimos diez años, incremento atribuible al aumento del índice de dependencia juvenil ya que el de dependencia senil ha permanecido estable.
- Los índices de recambio de la población activa han sufrido un descenso importante en los últimos diez años.

Figura 4. Población por grupos de edad (%) e índices de vejez. Navarra 1975-2011

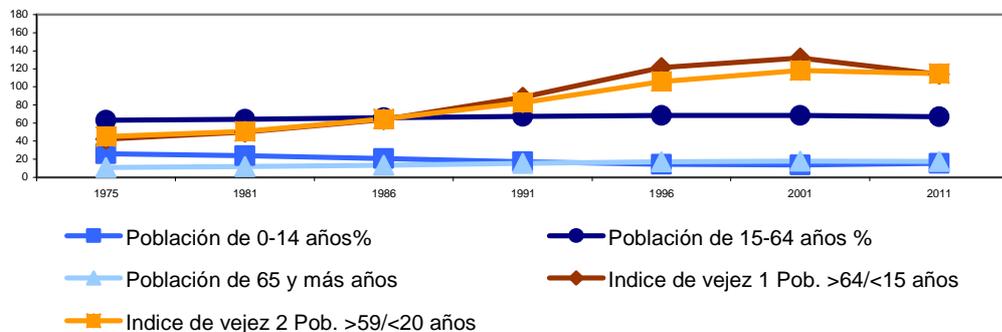
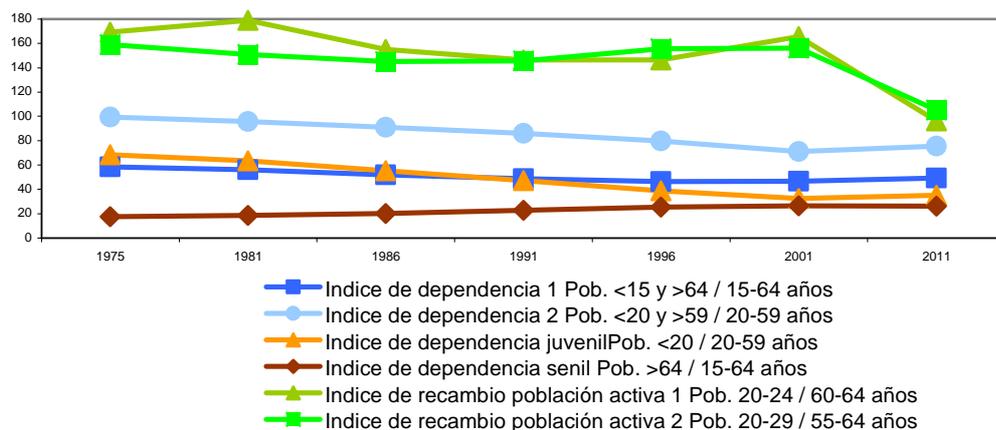


Figura 5 Índices de dependencia y de recambio de la población activa. Navarra 1975-2011



El estudio de la distribución geográfica muestra una densidad de población a 1 de enero de 2011 de 61,8 personas/Km² para el conjunto de Navarra, por debajo de la de España que es de 93,5. Oscila en las diferentes zonas de Navarra entre los 449,2

habitantes/ Km² de Pamplona y comarca y los 6,65 habitantes/ Km² de Pirineo Este. En todas las zonas la densidad de población se ha incrementado en los últimos 10 años.

INMIGRACIONES Y EMIGRACIONES. VARIACIONES DE RESIDENCIA INTERNACIONALES

La estadística de variaciones residenciales aporta datos sobre los movimientos migratorios, es decir, sobre los cambios de residencia con destino o procedencia “otro país” de las personas residentes de Navarra. Conocer el volumen total es difícil porque hay un subregistro de emigraciones al extranjero debido a la no obligatoriedad de las mismas a causar baja en el padrón.

Los datos sobre emigraciones al extranjero se inician en 2002.

Los movimientos internacionales han ido aumentando de los 1.810 de 2002 hasta los 14.404 de 2007. A partir de esa fecha disminuyen, en 2012 alcanzan los 10.411 movimientos anuales.

En ese año, por primera vez desde 2002 que se registran datos, las variaciones por baja superan a las altas. En 2002 la proporción entre emigraciones e inmigraciones era de 30% versus 70%, en 2012 es de 58% versus 42%

El 85,8% de las personas que salen de Navarra son de nacionalidad extranjera.

Las bajas residenciales tienen como destino principalmente Ecuador (23,6%), Francia (9,8%), Reino Unido (5,1%), Colombia (4,7%) y Alemania (4,6%). Más del 80%, de los movimientos con destino a Reino Unido, Alemania y Francia son de personas de nacionalidad española, mientras que más del 90% de las salidas a Rumania, Portugal y Marruecos son de personas que vuelven a sus países de origen.

MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN

La evolución del nº de nacimientos y de la tasa bruta de natalidad desde el año 2004, muestra un crecimiento progresivo hasta 2008, año siguiente al de inicio de la crisis, y una ligera disminución desde esa fecha hasta la actualidad. (Tabla 1).

La tasa bruta de mortalidad ha descendido hasta alcanzar el 8,0 % en 2010, en los dos últimos años crece ligeramente.

La nupcialidad tiene una tendencia descendente en todo el periodo, si bien, en 2012 el número de matrimonios ha aumentado ligeramente.

Tabla 1. Movimiento natural de la población. Navarra 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Natalidad y fecundidad									
Nº Nacimientos	6.293	6.149	6.551	6.595	7.029	6.844	6.778	6.747	6.731
T. Bruta Natalidad	10,9	10,5	11,1	11,0	11,5	11,1	10,9	10,8	10,5
% nacidos madre extranjera	15,0	15,5	18,1	19,5	21,2	20,7	21,6	19,1	19,6
Índice de fecundidad	1,40	1,34	1,44	1,44	1,53	1,49	1,49	1,48	1,46
Edad media a la maternidad	31,7	31,8	31,5	31,4	31,4	31,6	31,6	32,1	32,2
Mortalidad									
T. Bruta Mortalidad General (‰)	8,6	8,8	8,2	8,5	8,6	8,3	8,0	8,1	8,4
Nupcialidad									
Matrimonios	2.920	2.684	2.763	2.732	2.714	2.523	2.323	2.242	2.263
T. Bruta Nupcialidad	5,1	4,6	4,7	4,5	4,4	4,1	3,7	3,6	3,5
% al menos un cónyuge extranjero	12,4	12,1	13,0	15,8	15,0	16,2	15,6	15,6	13,0

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE NAVARRA

Las proyecciones de población son previsiones que tratan de estimar cuál será la población futura de un territorio y cómo se distribuirá ésta en función de determinadas variables, sexo y edad fundamentalmente.

El Instituto Nacional de Estadística, hace de manera periódica proyecciones de población a corto plazo aplicando el método de componentes. Son una simulación estadística del tamaño y estructura demográfica de la población que residiría en España, sus comunidades autónomas y provincias en los próximos 10 años, en caso de mantenerse las tendencias y los comportamientos demográficos actualmente observados. De esta forma, estos resultados muestran, básicamente, el efecto que, sobre el futuro más próximo, tendrían la evolución recientemente observada de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones en cada uno de estos territorios. Se lleva a cabo desde el año 2008 con periodicidad anual, lo que permite una continua actualización de sus resultados a la evolución demográfica y socioeconómica más reciente.

Presentamos los resultados del trabajo del INE en la tabla 2.

Tabla 2. Proyección de población a corto plazo. Navarra 2012-2022

	2002	2012	2022
Población residente a 1 de enero	557.454	624.606	612.839
Crecimiento absoluto		67.152	-11.767
Crecimiento relativo (%)		12,0	-1,9
Promedio anual		6.715	-1.177
Mayores de 64 años (%)		18,3	22,0
Menores de 16 años		16,4	16,1
Total (menores de 16 y mayores de 64) %		34,7	38,1

Fuente: INE. Proyección de Población a Corto Plazo, 2012 – 2022.

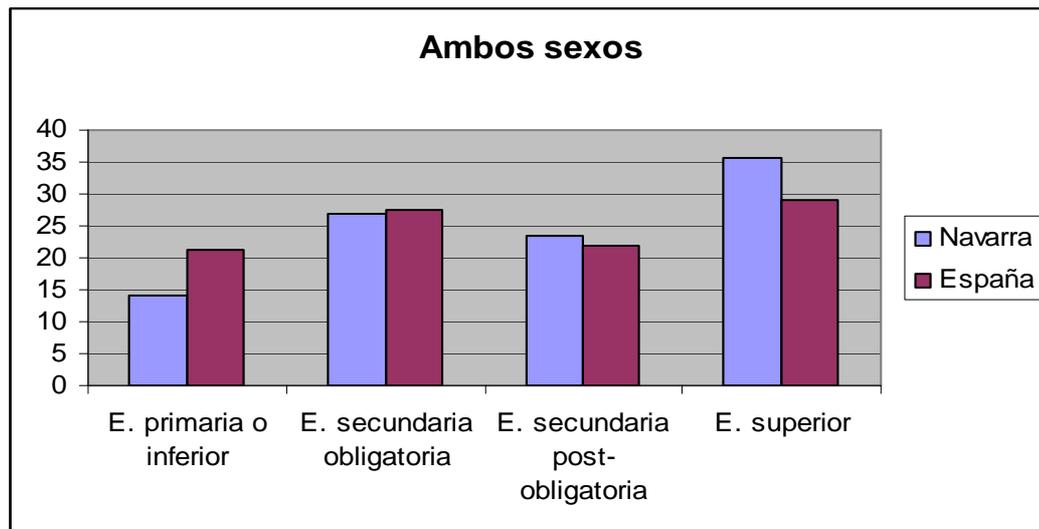
1.2 Determinantes socioeconómicos

NIVEL EDUCATIVO

El bienestar social y económico de los países y de los individuos depende en gran medida del nivel de formación de la población. La educación es importante porque proporciona a los individuos conocimientos y competencias que les permiten desenvolverse con éxito en la vida. Numerosos estudios demuestran que el nivel de progreso de una sociedad está íntimamente ligado al nivel de formación de sus individuos.

Nivel de estudios de la población adulta (25 a 64 años).

El porcentaje de población en Navarra, en 2008, que ha completado un nivel de formación igual o inferior a la secundaria obligatoria es menor que el de la población española, mientras que Navarra supera a España en el porcentaje de población que ha completado un nivel de formación de enseñanza post-obligatoria o superior. Las mayores diferencias aparecen en los niveles de Educación primaria o inferior y en la Educación superior.



En 2010 el porcentaje de población de 25-64 años que ha alcanzado al menos el nivel de segunda etapa de E. Secundaria es de 62,5%, es superior al de España (52,9%), pero está por debajo de la Unión Europea y OCDE

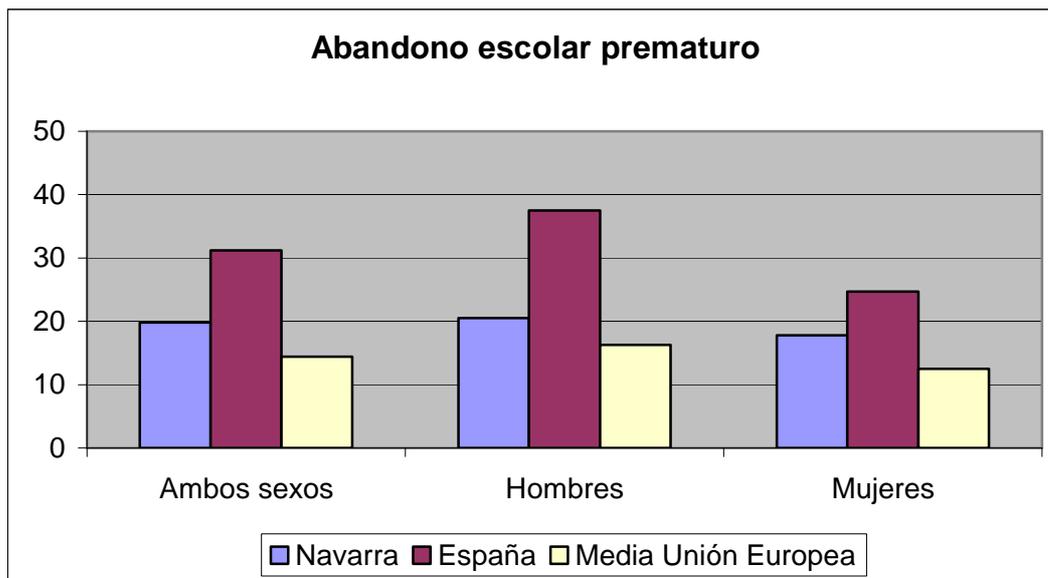
País \ Nivel	CINE 0,1,2	CINE 3	CINE 4,5,6
Navarra	37,5	24,0	38,5
España	47,1	22,2	30,7
Media Unión Europea	25	75	
Media Países OCDE	26	74	

Desde el año 1997 se observa un importante aumento de la población con estudios superiores acompañado de una importante disminución del porcentaje de población nivel de formación igual o inferior a la secundaria obligatoria.

	E. primaria o inferior		E. superior	
	Navarra	España	Navarra	España
1997	43	47	24	19
1999	38,5	42	28	21
2001	30,5	37	30,5	23
2003	27,5	29,7	33,8	25,2
2005	20	24,5	36,9	28,2
2006	15,8	23,1	36,5	28,5
2007	15,4	22,2	38,2	29
2008	14,1	21,3	35,7	29,2

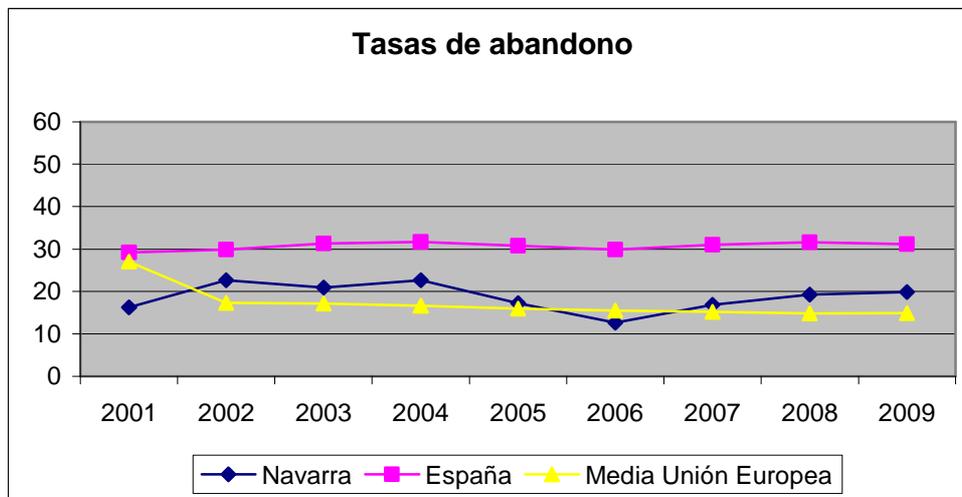
Abandono escolar prematuro

En 2009, el abandono escolar prematuro en España es aproximadamente 11 puntos porcentuales superior al de Navarra que está 5 puntos por encima de la media de la Unión Europea. En todos los casos se da mayor abandono escolar prematuro entre hombres que entre mujeres. Las diferencias de abandono escolar por sexo son menores en Navarra que en España y en la Unión Europea.



En los últimos años los índices de abandono escolar de Navarra se mantienen por debajo de la media de España pero, excepto en 2001 y 2006, superan a la media europea. En cualquier caso, los datos relativos a Navarra deben tomarse con precaución. Como se ve la gráfica de abandono escolar asociada a Navarra presenta grandes oscilaciones comparando con las de España o la Unión Europea. Esto se debe al error de muestreo que supone la particularización a una comunidad de pocos habitantes.

Tasa abandonos	Navarra	España	Media Unión Europea
2001	16,2	29,2	27
2002	22,6	29,9	17,3
2003	20,9	31,3	17,1
2004	22,6	31,7	16,6
2005	17,2	30,8	15,9
2006	12,6	29,9	15,5
2007	16,8	31	15,2
2008	19,2	31,6	14,8
2009	19,8	31,2	14,9



Los datos correspondientes a 2012, muestran que Navarra es, tras País Vasco, la comunidad con menor índice de abandono escolar temprano de España, con un porcentaje del 13,3%, (16,9% en hombres y 9,8% en mujeres). El descenso respecto a los años anteriores ha sido mayor en hombres que en mujeres pero continúa la diferencia entre ambos sexos.

Es muy inferior a la media española (24,9%) y se sitúa ligeramente por debajo de la media de la Unión Europea (13,5% en 2011).

VIVIENDA

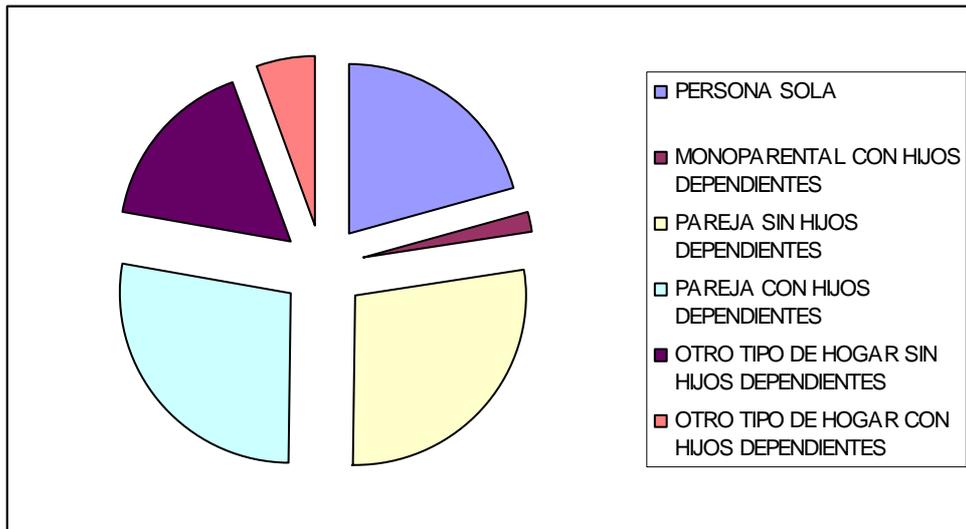
Exposición a ruido, contaminación de aire u otras molestias en la vivienda:

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012 (ENS 2011/12) los porcentajes de población navarra que refirió tener muchas molestias con algún problema de la vivienda son en general muy bajos, siendo el más frecuente la presencia de animales molestos.

	Nivel de molestia	Porcentaje sobre el total
RUIDO MOLESTO PROCEDENTE DEL EXTERIOR	MUCHO	6,6
	ALGO	22,7
	NADA	70,7
MALOS OLORES PROCEDENTES DEL EXTERIOR	MUCHO	3,0
	ALGO	15,6
	NADA	81,4
AGUA DE CONSUMO DE MALA CALIDAD	MUCHO	3,6
	ALGO	15,6
	NADA	80,8
CALLES POCO LIMPIAS	MUCHO	3,0
	ALGO	16,4
	NADA	80,6
CONTAMINACIÓN DEL AIRE POR INDUSTRIA CERCANA	MUCHO	0,2
	ALGO	5,8
	NADA	94,1
CONTAMINACIÓN DEL AIRE POR OTRAS CAUSAS	MUCHO	0,2
	ALGO	6,4
	NADA	93,3
ESCASEZ DE ZONAS VERDES	MUCHO	0,6
	ALGO	4,3
	NADA	95,1
PRESENCIA DE ANIMALES MOLESTOS	MUCHO	10,8
	ALGO	15,7
	NADA	73,5
DELINCUENCIA, VIOLENCIA O YANDALISMO	MUCHO	3,6
	ALGO	18,2
	NADA	78,3

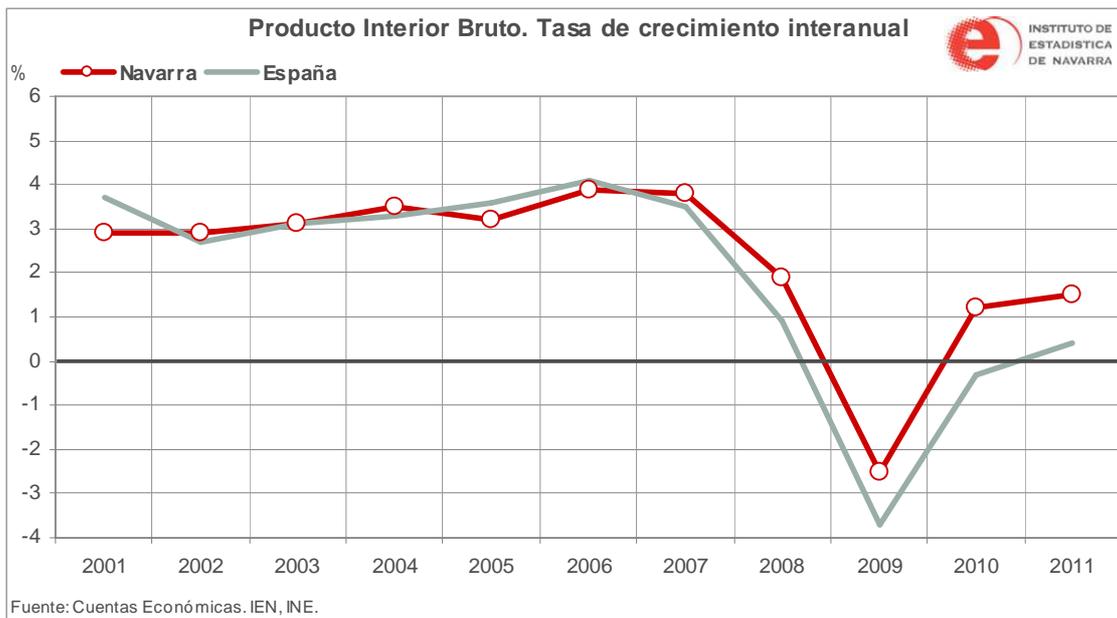
Composición de los hogares:

Los datos obtenidos de la encuesta de condiciones de vida (ECV) de 2012 realizada por el Instituto de Estadística de Navarra muestran que el modelo de hogar que predomina es el de pareja sin hijos dependientes (27,9%), seguido muy de cerca por la pareja con hijos dependientes (27,4 %) y por hogares unipersonales (20,6%).

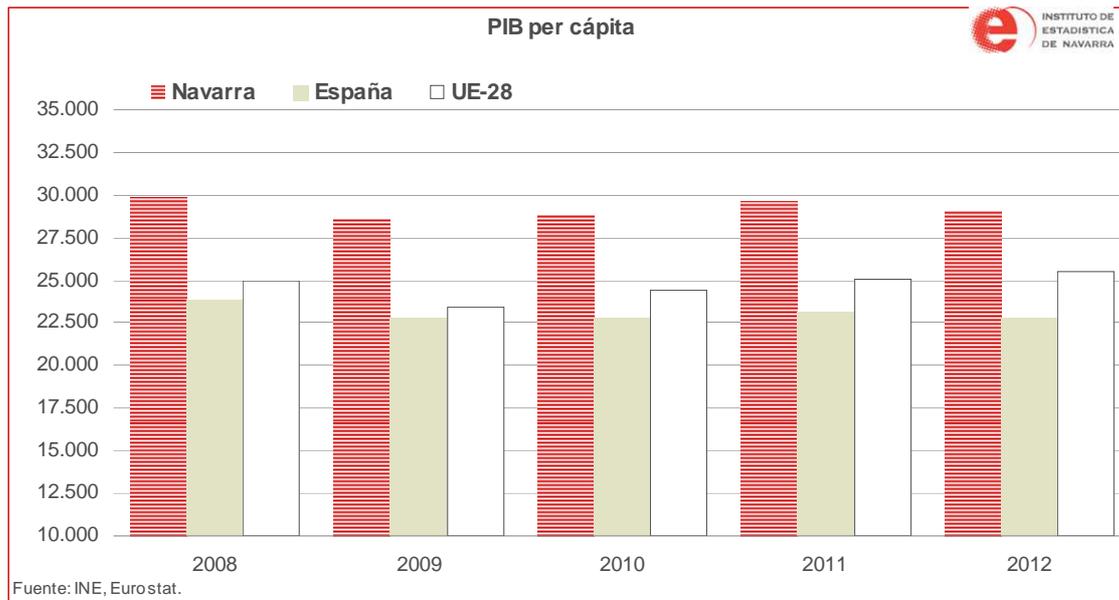


PRODUCTO INTERIOR BRUTO (PIB)

La tasa de crecimiento interanual desde comienzos del siglo XXI se caracteriza por un periodo prolongado de crecimiento en torno al 3-4 % que se ve alterado por la llegada de la crisis en 2007 que hace que se pase a tasas de decrecimiento en 2009 y a partir de esa fecha se recupera lentamente.



Los datos del producto interior bruto por habitante de la Comunidad Foral supuso en el 2012 el 127,7% de la media de España y el 114,0% de la media europea (UE-27).

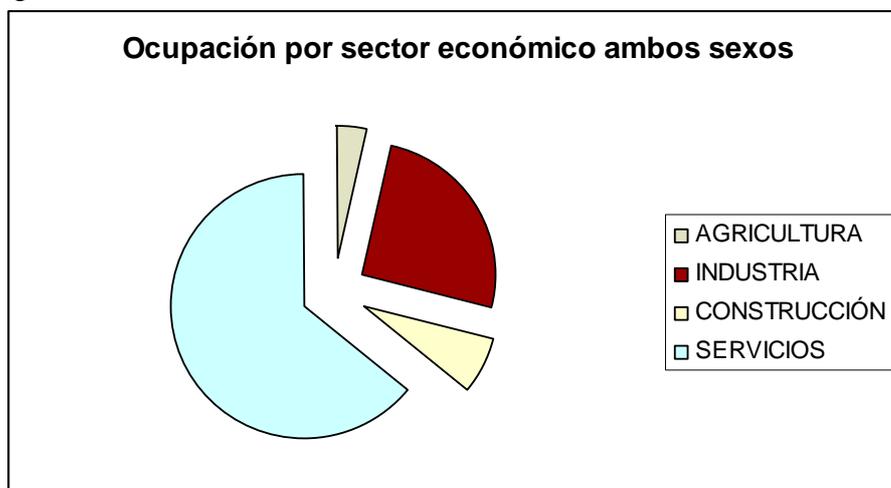


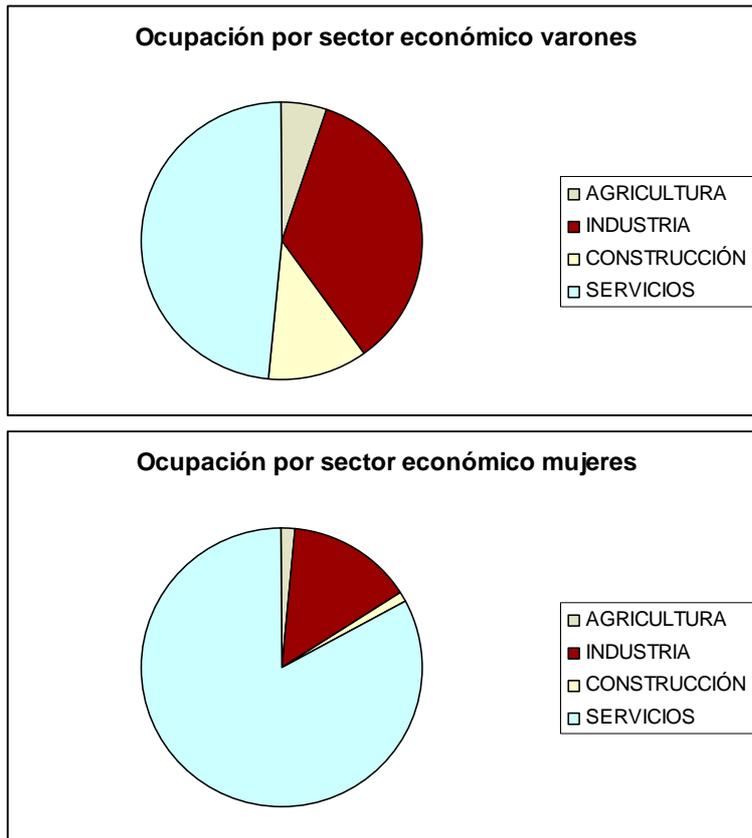
El índice de desarrollo humano de la OMS, un índice sintético que engloba aspectos de salud (esperanza de vida al nacer), de educación (años de escolarización para personas adultas mayores de 25 años y los años de escolarización previstos para niños y niñas en edad escolar) y nivel de riqueza (ingreso nacional bruto per cápita), era en 2010 de 0,918; en España de 0,871. Navarra ocupa el tercer lugar en el Ranking de las CCAA, se mantienen en esa posición en los últimos años. España ocupa la posición 16 en el ranking mundial de países.

TRABAJO Y CONDICIONES LABORALES

Población activa por sectores de actividad

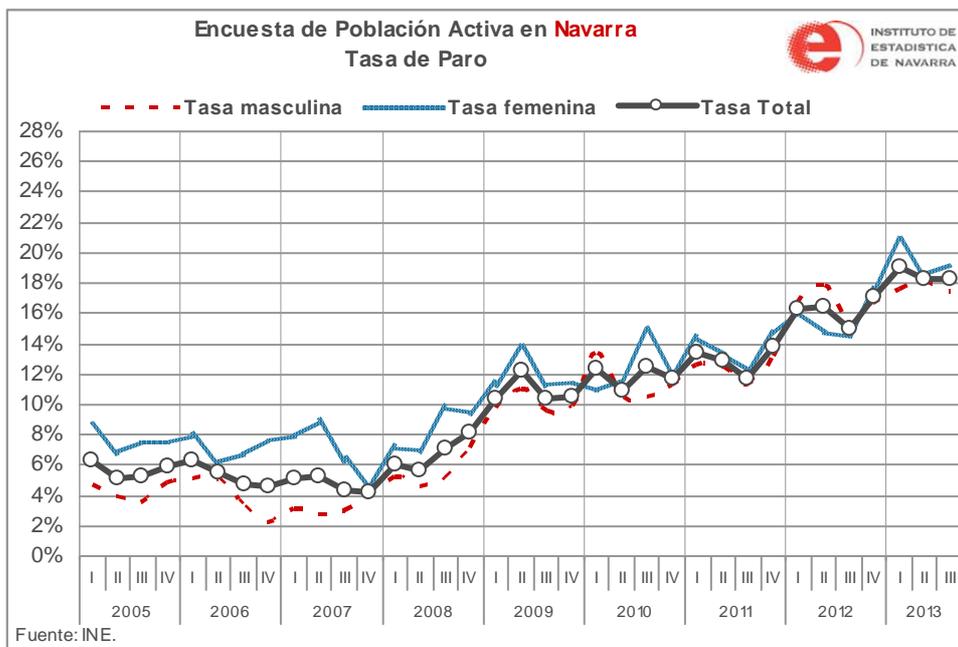
Según los datos promedio de las cuatro Encuestas de Población Activa de 2012 la mayor parte de la población trabaja en el sector servicios, observándose una clara diferencia entre mujeres donde alcanza el 83% frente al 64% en varones. En los varones hay un mayor porcentaje de personas que trabajan en la industria, construcción y agricultura.





Tasa de desempleo

Desde 2007 se ha producido un marcado incremento de las tasas de paro alcanzando el 18% en 2013 tanto las tasas en mujeres como en varones.



Condiciones laborales

En la Encuesta Nacional de Salud 2011/12, en Navarra a la valoración del nivel de satisfacción con su trabajo, se otorgó una puntuación de 5 en una escala de 1 (nada satisfactoria) a 7 (muy satisfactorio); sin encontrarse diferencias entre hombres y mujeres.

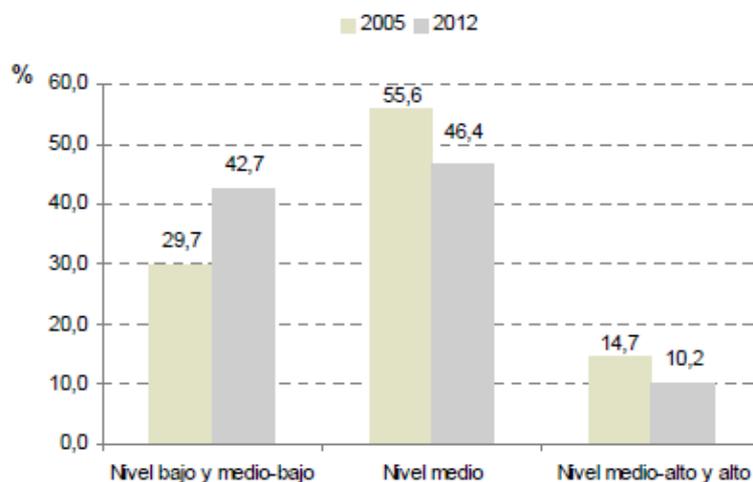
Según los datos de la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo de 2010 más de una cuarta parte de los trabajadores describen niveles altos o muy altos de estrés o rutina

Distribución de los ocupados en Navarra según nivel de monotonía-rutina / estrés percibido en su puesto de trabajo	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Monotonía - Rutina	15,9	22,2	34,6	20,2	7
Estrés	9,2	14,9	38,1	27,5	10,4

DESIGUALDADES

En la comparación de los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de Navarra de 2012 frente a la de 2005 se ve que la situación económica de la población de Navarra ha empeorado. En 2005 el % de los hogares que se clasificaba en un nivel medio o alto económicamente hablando, se situaba en el 70,3% frente al 56,6% actual.

. Hogares clasificados según la percepción que tienen de su posición económica. Años 2005 y 2012



El índice GINI que mide la desigualdad (cero es equidad absoluta y 100 desigualdad total) de Navarra en 2012 fue del 29,62 muy similar a la media de la Unión Europea 27 que fue 30,4 e inferior al de España que fue 35.

La tasa de población en riesgo de pobreza en Navarra (porcentaje de población que vive por debajo del umbral de pobreza), calculada con los ingresos percibidos por los hogares en 2012 de Navarra, fue del 18,8%. Se observaron unas tasas mayores en los menores de 16 años (30,3%) y en los mayores de 65 (17,3%).

El umbral de pobreza es el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo. En los resultados presentados se ha utilizado el umbral de la Comunidad Foral de Navarra, si se considerara el umbral dado por el Instituto Nacional de estadística que utiliza los ingresos del conjunto nacional, la tasa se reduce de manera significativa al 9,9% y nos permite compararnos con el resto de CCAA y saber que somos la CCAA con menor tasa de riesgo de pobreza, el valor para España es de 20,4%.

Desigualdades salariales:

En la Encuesta de Estructura Salarial de 2011, se evidencian unas importantes diferencias entre ambos sexos tanto en la ganancia media anual, como en la ganancia por hora normal de trabajo junto a marcadas diferencias de ingresos según el tipo de contrato o el tipo de ocupación.

Ganancia media anual por trabajador según tipo de contrato (en euros)	Total	Mujeres	Varones
Duración indefinida	25.976	20.674	30.109
Duración determinada	17.902	17.172	18.483
Total	24.385	19.977	27.834

Ganancia por hora normal de trabajo según tipo de ocupación* (en euros)	Total	Mujeres	Varones
ALTA (directores, técnicos profesionales científicos y de apoyo)	20,54	18,04	22,55
MEDIA (artesanos, trabajadores cualificados de las industrias, agricultura y pesca, restauración, y administrativos)	14,13	11,93	15,86
BAJA (operadores de instalaciones y maquinaria, montadores y ocupaciones elementales)	13,28	10,8	14,58
TODAS LAS OCUPACIONES	15,83	13,64	17,39

* Según la clasificación de ocupaciones del Instituto Nacional de Estadística.

Conciliación.

Según los datos de la Encuesta Social Monográfica de 2008 de conciliación de la vida laboral y familiar de Navarra hay una marcada diferencia por sexo a la hora de realizar las tareas domésticas.

% de personas que	LAVAR, TENDER O PLANCHAR LA ROPA		COCINAR (COMIDA O CENA)		FREGAR LOS PLATOS, PUCHEROS, CACEROLAS	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
Mujer	74	26	84	16	81	19
Hombre	31	69	56	44	57	43

Sigue siendo mucho más frecuente que las mujeres se encarguen del cuidado de sus hijos que los varones (tabla 1) y que les cueste un mayor esfuerzo la conciliación de la vida laboral y familiar (tabla 2).

Tabla 1. Ratio de mujeres/varones en función de la edad de los niños.

Edad de los niños	Indicador
Menor de 3 años	8,3
De 3 a 5 años	6,0
De 6 a 14 años	7,7

Tabla 2. Ratio de mujeres por cada hombre en función del grado de esfuerzo que les supone compaginar la vida laboral con la familiar.

Nivel de esfuerzo	Indicador
Ninguno	0,4
Ligero	0,6
Grande	1,8
Enorme	4,0

Exclusión Social y pobreza.

Según los datos recogidos en el “Primer informe sobre desigualdad, pobreza y exclusión social en Navarra. El impacto de la crisis 2007-2011” elaborado por el Centro de Investigación para la Igualdad y la Integración Social (CIPARAIIS), la sociedad Navarra en relación con otras comunidades autónomas presentaba un elevado nivel de cohesión social antes de la crisis y por tanto ha resistido mejor al impacto de la misma. Un tejido productivo más cualificado y diverso que el del resto del Estado ha evitado que los procesos de destrucción de empleo afecten en Navarra a amplios grupos de población manteniéndose el desempleo en proporciones claramente inferiores a las del resto del país; un tejido social conformado por redes familiares con gran capacidad para la redistribución de ingresos y cuidados entre sus miembros está evitando que buena parte de las personas afectadas por el paro y los bajos ingresos se vean desprotegidas; por último, la intervención de los servicios sociales públicos y una extensa red de entidades de iniciativa social de larga trayectoria en la atención de las personas con problemas de exclusión social han ido amortiguando los primeros efectos de la crisis en los sectores más débiles de nuestra sociedad.

Aun así, la crisis está teniendo una incidencia negativa en los sectores inferiores de nuestra estructura social y puede suponer una amenaza a su cohesión social como demuestran estas cifras:

- La pobreza extrema se ha duplicado en Navarra en estos años, alcanzando un 4,4% en 2010.
- La crisis ha duplicado el desempleo en Navarra que se concentra en los más vulnerables.
- La crisis está provocando la precarización del empleo en Navarra.
- El número de hogares sin ingresos se ha duplicado en el periodo 2007-2011, situando a Navarra, con el 2,9% de los hogares sin ingresos.
- La tasa de desempleo de las personas inmigrantes alcanza un 30% y ha aumentado el porcentaje de personas que trabajan en puestos no cualificados.

Es necesario monitorizar el impacto de la crisis en la situación económica de las personas y en sus efectos sobre la salud, especialmente en la infancia.

1.3 Determinantes medioambientales

El impacto en salud de los factores medioambientales es cada día más reconocido.

CALIDAD DEL AIRE. GESTIÓN E INDICADORES

Los niveles de inmisión de contaminantes atmosféricos, su concentración en el aire exterior que respiramos, producen una significativa exposición de la población y un riesgo evidente para la salud. La normativa europea de referencia actualmente vigente para evaluar la calidad del aire es la Directiva 2008/50/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2008, relativa a la calidad del aire ambiente y a una atmósfera más limpia en Europa. Esta Directiva incorpora las normas, directrices y programas de la Organización Mundial de la Salud a la normativa comunitaria y reúne los valores de referencia para los diferentes contaminantes.

La Red de Estaciones de Control de la Calidad del Aire de Navarra de funcionamiento automático y continuo, dispone de cuatro estaciones fijas y dos móviles gestionadas por el Servicio de Calidad Ambiental del Gobierno de Navarra y cuatro privadas gestionadas por empresas contaminantes

En la tabla siguiente se detalla la estructura de las estaciones de control y los contaminantes que se determinan en cada una de ellas, además de los parámetros meteorológicos:

Estación	Dióxido y monóxido de Nitrógeno	Óxidos de Nitrógeno (NOx)	Dióxido de azufre (SO ₂)	Ozono (O ₃)	Monóxido de carbono (CO)	Hidrocarburos (C _x H _x)	Partículas PM ₁₀	Partículas PM ₁₀
Pamplona-Iturrama (1)	X	X	X	X	X	X	X	X
Pamplona-Plaza de la Cruz	X	X	X	X	X		X	
Pamplona-Rotxapea	X	X	X	X			X	
Alsasua	X	X	X	X			X	
Tudela	X	X	X	X	X		X	
Sangüesa	X	X	X	X				
Funes	X	X	X	X	X		X	
Arguedas	X	X	X	X	X		X	
Lesaka (móvil)	X	X	X	X	X		X	
Olite (móvil)	X	X		X			X	

(1) Esta estación determina concentraciones de hidrocarburos aromáticos individuales, Benceno, Tolueno y Xileno

En cuanto a los resultados de los controles, el resumen de los años 2007 a 2011 es el siguiente:

- a) Dióxido de azufre: Se ha registrado una superación del valor límite horario para la protección de la salud humana en el año 2011, en la estación de

Pamplona, Plaza de la Cruz. No se han registrado superaciones del valor límite diario.

- b) Dióxido de nitrógeno: No se ha registrado ninguna superación del valor límite horario ni anual para la protección de la salud humana
- c) Partículas sólidas PM₁₀: En 2007, en la estación de Pamplona, Iturrama, se superó en 35 ocasiones el valor límite horario para la protección de la salud humana. No se han registrado superaciones de valor límite anual en ninguna estación.
- d) Monóxido de carbono: No se ha superado en ninguna estación el valor límite diario para la protección de la salud humana.
- e) Ozono: No se han superado en ninguna ocasión los valores de umbral de información y de alerta durante los años 2009 a 2011.

El valor objetivo para el periodo 2009-2011, se ha logrado en todas las estaciones excepto en las de Funes y Tudela, 36 y 33 días respectivamente como promedio trienal.

Las superaciones en estas dos estaciones de la zona de la Ribera pueden relacionarse con la presencia de precursores de ozono, óxidos de nitrógeno, compuestos orgánicos volátiles así como las condiciones meteorológicas y de mayor insolación en los periodos de verano en esta zona respecto al resto del territorio.

AGUA DE CONSUMO HUMANO. INDICADORES DE CALIDAD

Diariamente se ingiere aproximadamente 2,0 litros de agua, bebida directamente o incorporada en los alimentos. Además, el agua es un elemento importante en la higiene personal y de los alimentos en el ámbito industrial y doméstico. El agua de consumo humano debe cumplir los requisitos de calidad recogidos en el Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano, además debe ser protegida desde su origen natural hasta el punto de consumo.

En los últimos años se constata una evidente mejora de la calidad del agua servida y de su control de calidad que se atribuye a la progresiva ampliación del ámbito de la gestión mancomunada de las aguas de consumo humano que ha generado una mejora en las infraestructuras, en las captaciones de agua y en su protección y en los recursos de las entidades gestoras.

La cobertura de las mancomunidades de gestión de aguas de consumo humano en Navarra ha pasado de un 79,2% de la población el año 2000 al 86,9% en el año 2011.

El siguiente gráfico describe la evolución en Navarra del porcentaje de análisis de calidad del agua de consumo humano con resultado “no apto para consumo humano”



La tendencia muestra una mejora progresiva de los resultados de los controles de calidad del agua de consumo humano desde el año 2001 hasta el 2011.

AGUAS RESIDUALES. GESTIÓN

En 2011, la cobertura de tratamiento de las aguas residuales de las poblaciones de más de 2.000 habitantes era del 100%. El objetivo actual es que todos los núcleos de más de 250 habitantes tengan un sistema de tratamiento adecuado.

En 1989, Navarra sólo contaba con estaciones depuradoras de aguas residuales en seis localidades. En 1996, existían 34 instalaciones. En 2011 hay 100 instalaciones de tratamiento de aguas residuales gestionadas por la empresa pública NILSA.

En 2009, el volumen de agua residual tratado en Navarra fue de 0,611 m³/hab y día, aproximadamente un 24,4 % de las aguas residuales producidas en un año.

El incremento de las necesidades de agua, ha provocado una creciente presión para la reutilización de las aguas residuales. Esta posibilidad debe ser evaluada en cada caso para evitar los posibles riesgos para la salud.

RESIDUOS SÓLIDOS URBANOS E INDUSTRIALES. GESTIÓN

La cantidad de residuos urbanos generados en Navarra fue de 475 kgs./hab frente a los 548 kgs./hab y año en España y los 518 kgs./hab y año en la UE-27. La tendencia era de progresivo aumento hasta que en 2009 comienza un descenso en torno al 3% anual en Navarra y en la UE-27 y algo más acusado en España.

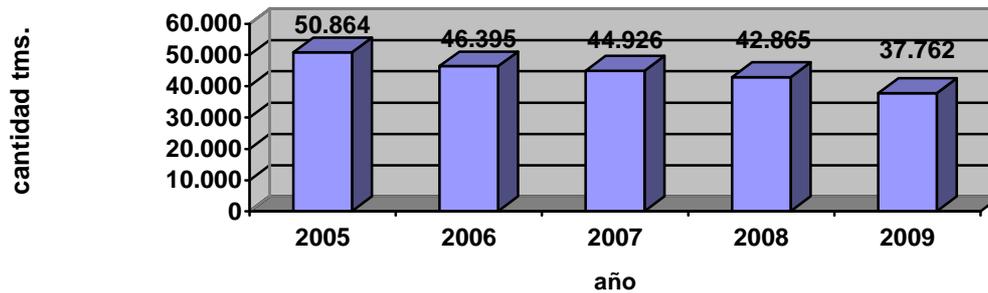
El porcentaje de residuos reciclados fue del 21% en 2008.

La gestión de los residuos urbanos se realiza por veinticuatro entidades, mancomunidades o ayuntamientos, que dan cobertura a la totalidad de la población. Quedan activos un total de cuatro vertederos, tres plantas de compostaje, dos de tratamiento biológico y una de transferencia.

La producción de residuos industriales peligrosos tiene una clara tendencia a disminuir en los últimos años, seguramente como consecuencia de la situación económica y los planes de minimización de la producción.

El siguiente gráfico describe la evolución de la producción de los residuos peligrosos en la industria de Navarra entre los años 2005 y 2009.

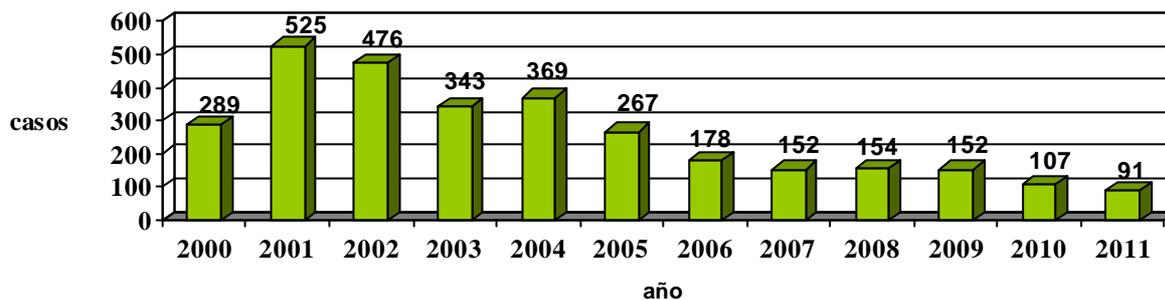
Producción de residuos industriales peligrosos



SEGURIDAD ALIMENTARIA. PROBLEMAS EMERGENTES

El número de casos de toxiinfecciones alimentarias notificados en Navarra viene presentando una disminución progresiva desde el año 2001, habiéndose registrado 91 casos en 2011 frente a los 525 de 2001. Disminuye la incidencia de salmonelosis si bien aumentan los casos producidos por campylobacter y listerias, bacterias emergentes también a nivel europeo, y por virus entéricos.

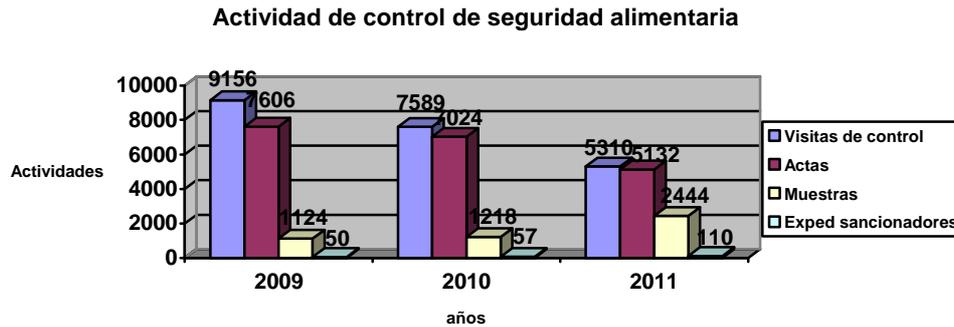
Número de casos de toxiinfecciones alimentarias notificados en Navarra-Años 2000 a 2011



Los brotes de toxiinfección han disminuido (42 en 2004 y 15 en 2005), fundamentalmente en la restauración colectiva, incrementándose los de ámbito doméstico y familiar.

El año 2011, el número de establecimientos y actividades alimentarias censadas en el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra y por lo tanto objeto de los programas de control fue de 8.604.

El siguiente gráfico describe las actividades generales de control de seguridad alimentaria del Instituto.



Se definen como riesgos emergentes en Seguridad Alimentaria, para la salud humana, animal y/o de los vegetales los riesgos derivados de un **peligro de identificación nueva** con una exposición significativa, o derivado de una **exposición significativa nueva o aumentada** inesperada y/o de una susceptibilidad a un peligro conocido.

Los factores que contribuyen a la aparición de estos riesgos son ecológicos y ambientales, como el cambio climático, la globalización con una mayor movilidad de las personas y animales y la globalización del comercio, los cambios en los sistemas productivos y otros cambios en los factores etiológicos y de susceptibilidad del hospedador.

Entre los riesgos emergentes en Seguridad Alimentaria para la salud humana a nivel europeo aparecidos en los últimos años, cabe destacar la *Escherichia coli* productora de toxinas, la presencia de archilamida en leche y lácteos, la presencia de dioxinas en piensos, carnes y huevos, la aparición de cepas de agentes zoonóticos resistentes a antimicrobianos, la presencia de organismos modificados genéticamente no autorizados en la Unión Europea o el fuerte incremento de las alergias e intolerancias alimentarias.

Con objeto de mejorar el control de los alimentos, la gestión de crisis alimentarias y la aparición de riesgos emergentes, se han organizado redes de alerta de ámbito mundial, INFOSAN, de ámbito Europeo, RASFF y estatal, SCIRI, que permiten dar respuesta rápida y eficaz a las situaciones en las que se detectan alimentos no seguros. En Navarra se ha participado en la gestión de 42 alertas durante el año 2011.

SEGURIDAD QUÍMICA

La política de prevención y control de los productos químicos está coordinada por la Agencia Europea de sustancias y mezclas químicas (ECHA) y regulada por los distintos reglamentos de la Unión Europea. La evaluación, autorización de sustancias y mezclas y condiciones de utilización son del ámbito comunitario. En el nivel autonómico se controlan los establecimientos (fabricantes, almacenes, instalaciones de aplicación) y los servicios de utilización de productos químicos incluido el tratamiento preventivo de la legionelosis, se participa en la inspección de las empresas, de las condiciones de los productos puestos en el mercado (etiquetado, envasado,..), los residuos de sustancias químicas en aguas y alimentos, la gestión de la Red de Vigilancia, Inspección y control de Productos Químicos (SIRIPQ) en Navarra y las declaraciones de las sustancias por las empresas.

Las acciones en materia de seguridad química se organizan actualmente en las siguientes áreas:

- Reglamento CLP (Clasificación, Etiquetado y Envasado de sustancias y mezclas).
- Reglamento REACH (Registro, evaluación, autorización y restricción de las sustancias químicas).
- Reglamento de biocidas y plaguicidas de uso ambiental y en la industria alimentaria.
- Reglamento de productos fitosanitarios.

En 2010 se inspeccionaron en Navarra 5 empresas químicas dentro del Programa europeo de inspección Reach in Force-1 de comprobación del cumplimiento del Reglamento REACH (Registro, evaluación, autorización y restricción de las sustancias químicas) por parte de las empresas.

En 2011 el Registro de Servicios plaguicidas incluía 330 empresas, se impartieron ocho cursos de aplicadores de plaguicidas fitosanitarios, se gestionó una alerta de sustancias que afectaba a la Comunidad y se participó en la formación y preparación del Programa de inspección Reach in Force 2 cuyas inspecciones se realizaron en el primer trimestre de 2012.

DISRUPTORES HORMONALES

Son sustancias difundidas en el ambiente que alteran o bloquean los mecanismos endocrinos. Con una exposición a baja dosis, estas sustancias interactúan con los receptores hormonales y pueden interferir con la reproducción, el desarrollo y otros procesos regulados hormonalmente; la exposición a largo plazo puede provocar efectos permanentes.

Entre estas sustancias hay hormonas, elementos constitutivos de las plantas (fitoestrógenos), pesticidas, sustancias usadas en perfumería (parabenes) compuestos usados en la fabricación de plásticos y artículos de consumo , así como subproductos y residuos industriales contaminantes.

Se debe mejorar el conocimiento sobre estos productos y deben ser sometidos a una regulación adecuada para la protección de la salud de las personas.

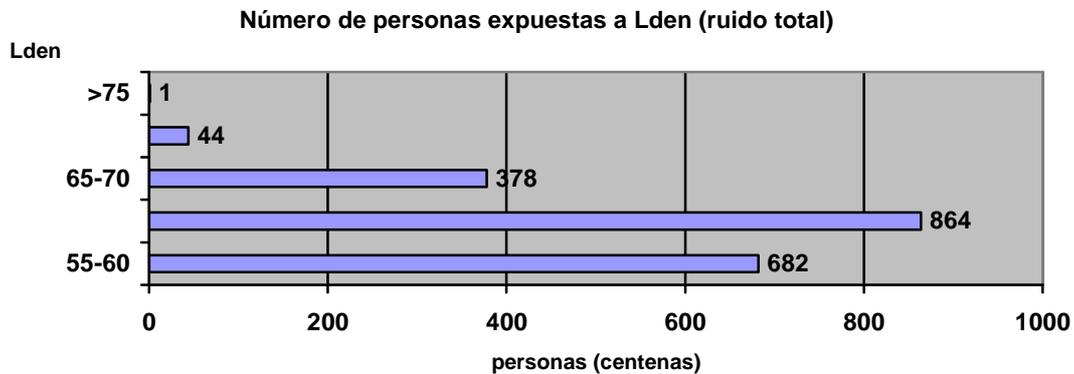
RUIDOS Y VIBRACIONES.

El ruido es un sonido no deseado que en la actualidad se encuentra entre los contaminantes más invasivos.

Afecta negativamente a la salud y al bienestar humano, sus efectos más importantes son el malestar, la interferencia con la comunicación, la pérdida de atención y concentración, las alteraciones del sueño, la pérdida de capacidad auditiva y estrés.

La Directiva 2002/49/CE sobre ruido ambiental y su transposición a la normativa estatal, la Ley 37/2003 del Ruido y los Reales Decretos 1513/2005 y 1367/2007 obligan a elaborar mapas estratégicos de ruido y a adoptar planes de acción para disminuir los niveles de ruido y sus efectos. Los mapas de ruido representan los niveles de ruido que se alcanzan en la zona en estudio y el volumen de población y viviendas expuestas al mismo.

Se presenta a continuación el mapa del ruido de Navarra de 2007 en el que se representa el número de personas expuestas a niveles de Lden



Lden es el índice o indicador armonizado de ruido ambiental y de las molestias que se derivan, establecido por la Directiva 2002/49/CE, y cuyo indicador valora las horas de la tarde con un suplemento de 5 dB y las de la noche con un suplemento de 10 dB

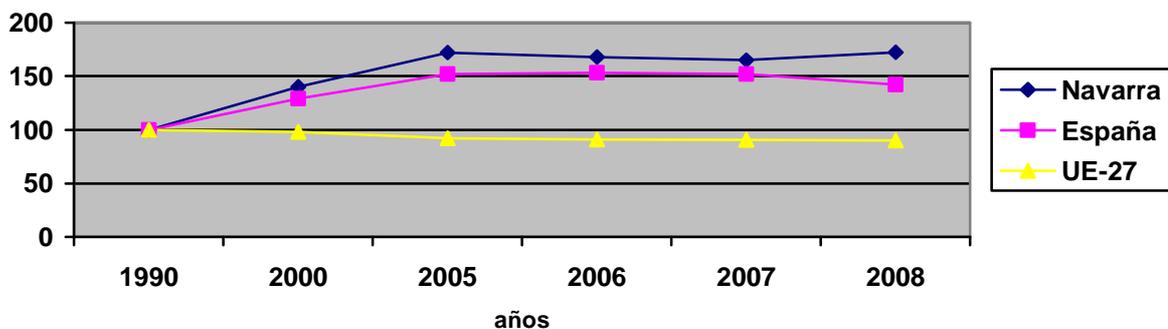
CAMBIO CLIMÁTICO

El denominado “cambio climático” es consecuencia del llamado “efecto invernadero” producido por el efecto físico de la retención del calor del Sol en la atmósfera de la tierra por el enriquecimiento de una serie de gases en la atmósfera que permiten la entrada de la luz pero no permiten su salida al espacio. Se trata de radiación infrarroja que reflejada de nuevo a la superficie, contribuye a un calentamiento extra del planeta. El efecto en el clima se concreta en la elevación de las temperaturas medias anuales y en la disminución de las precipitaciones anuales con variaciones importantes en la distribución de las temperaturas y de las precipitaciones a lo largo del año.

Entre los gases que intervienen en la producción del efecto invernadero, denominados Gases de Efecto Invernadero (GEI), destacan el dióxido de carbono (CO₂), el óxido nitroso (N₂O) y el metano (CH₄) que además de tener un origen natural, son liberados en gran cantidad por la actividad humana, industrial, agrícola, el transporte y la combustión de combustibles fósiles en general.

El siguiente gráfico describe la evolución de las emisiones de GEI entre los años 1990 y 2008.

Emisión de gases de efecto invernadero (Base 100, año 1990)



Los GEI que se emiten en mayores cantidades son el CO₂, seguido del metano y de los

óxidos de nitrógeno. El sector que más ha contribuido al incremento de las emisiones es el energético, incluido el transporte, seguido de los procesos industriales y la gestión de residuos, con una pequeña disminución en el sector agropecuario.

NUEVOS CONTAMINANTES. RADIACIONES DE TELEFONÍA MÓVIL, RADIACIONES NO IONIZANTES

En las actividades más normales, convivimos con las radiaciones no ionizantes, campos de radiofrecuencia como los teléfonos móviles y los dispositivos inalámbricos, los campos electromagnéticos generados por otros dispositivos como pantallas de ordenador, antirrobo y de interferencia antiexplosivos a distancia, redes wifi, líneas de alta tensión o campos de electrodomésticos o sistemas de imagen médica.

Esta situación plantea preocupaciones e incertidumbres sobre los posibles riesgos de esta tecnología a largo plazo.

La referencia legal en Navarra es la Ley Foral 10/2002, de 6 de mayo, para la ordenación de las estaciones base de telecomunicación por ondas electromagnéticas no guiadas en la Comunidad Foral de Navarra. Esta norma traspone la Recomendación del Consejo de 12 de julio de 1999, relativa a la exposición del público en general a campos electromagnéticos, disminuyendo los valores de referencia, aproximadamente a la mitad.

El año 2011, el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra evaluó y revisó 127 proyectos de emplazamientos de estaciones de base de telefonía móvil y 10 Planes Territoriales de Infraestructuras. También realizó un informe sanitario sobre líneas de alta tensión y ha atendido las demandas de información relativas a posibles efectos en salud de diversas fuentes de las radiaciones no ionizantes.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Comisión Europea, concluyen que no existen datos definitivos que demuestren que la exposición a campos de radiofrecuencia por el uso de teléfonos móviles aumente el riesgo de sufrir cáncer cuando éstos se utilizan durante un periodo de hasta 10 años. Los datos son demasiado limitados para poder extraer conclusiones sobre el uso de teléfonos móviles durante más tiempo. Los síntomas que los pacientes comunican, como dolor de cabeza, fatiga o dificultades de concentración, no se han relacionado con la exposición a campos de radiofrecuencia, pero pueden deberse a que ciertas personas están convencidas de que dicha exposición resulta nociva. La información sobre los posibles efectos de los campos de radiofrecuencia en niños sigue siendo limitada.

Los datos de los **campos de frecuencia intermedia** son escasos, la evaluación de riesgos para la salud de una exposición a corto plazo a niveles altos de campos de frecuencia intermedia hoy en día se basa en efectos biológicos conocidos a frecuencias más bajas y más altas. Es importante realizar una evaluación adecuada de los posibles efectos sobre la salud de una exposición a largo plazo, ya que en dichos campos la exposición está en aumento, en particular en determinados lugares de trabajo, debido al uso de nuevas tecnologías.

La conclusión de que los **campos magnéticos de frecuencia extremadamente baja** son posiblemente cancerígenos sigue siendo válida. Esta afirmación se basa en estudios que observaron que los niños expuestos a campos magnéticos relativamente fuertes de líneas eléctricas corrían más riesgo de desarrollar leucemia. Nuevos estudios realizados

en poblaciones humanas indican un posible aumento de los casos de Alzheimer debido a la exposición a campos de frecuencia extremadamente baja. Los resultados relacionados con la leucemia y el Alzheimer no se han confirmado ni explicado mediante experimentos con animales y cultivos celulares. Es necesaria una investigación más exhaustiva para examinar los efectos en determinadas enfermedades. No se ha demostrado ninguna relación consistente entre los síntomas que comunican los pacientes y **los campos de frecuencia extremadamente baja**.

El uso creciente de fuertes **campos magnéticos estáticos**, de forma independiente o combinados con otros campos, hace necesario evaluar los riesgos para las personas que utilizan estas nuevas tecnologías en el trabajo, como los operarios de los escáneres de resonancia magnética.

Los datos sobre cómo los campos electromagnéticos pueden afectar a los animales y a las plantas son insuficientes para evaluar los posibles riesgos de la exposición ambiental a los campos de radiofrecuencia, frecuencia intermedia y frecuencia extremadamente baja. Para llenar las importantes lagunas de conocimiento deben emprenderse esfuerzos de investigación, especialmente sobre la exposición a largo plazo y sobre efectos sobre los niños y el personal que trabaja con equipos que generan fuertes campos.

La evidencia existente aconseja aplicar el principio de precaución y promover medidas de protección, especialmente de niños, en la exposición a campos electromagnéticos, e informar a la población sobre sus riesgos de acuerdo con las Resoluciones 260/2008 y 89/2009 del Parlamento europeo y la Resolución 1815 del Consejo de Europa.

DESARROLLO SOSTENIBLE

Existen diferentes indicadores de sostenibilidad, uno de ellos, frecuentemente utilizado es el denominado “huella ecológica”.

La metodología utilizada en Navarra para el cálculo de este indicador, complementa a la metodología tradicional ya que utiliza productividades locales calculadas específicamente para Navarra.

Huella Ecológica = (Producción - Exportación) + Importación

La suma de las huellas de cada ecosistema productivo dan un resultado final de la huella ecológica en Navarra, en 2010 de 3,47 ha/hab. y año (Hectáreas por habitante y año). La huella ecológica debida a los consumos energéticos (1,23 ha/hab. y año) es la más elevada, seguido de la asociada al consumo de productos pesqueros (0,99 ha/hab. y año). La capacidad de carga local para 2010 es de 2,15 ha/hab. y año, por lo tanto, el déficit ecológico en 2010, calculado como diferencia entre la huella ecológica y la capacidad de carga, es de 1,32 ha/hab. y año, equivalente a un déficit total de 701.944 ha. que representa un 67 % del territorio de Navarra. Esto supone que la superficie apropiada es 1,62 veces la superficie disponible

Con objeto de mejorar la sostenibilidad en Navarra, entre los años 1997 y 2009, se han realizado un total de 36 Agendas Locales 21 que fomentan la sostenibilidad local, incluyendo un total de 161 municipios en los que reside el 85% de la población Navarra.

EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD

El año 2011 se cumple un cuarto de siglo desde la promulgación de la primera legislación, en nuestro país, sobre Evaluación de Impacto Ambiental (EIA) de proyectos, que se produjo con la entrada en vigor del Real Decreto Legislativo 1302/1986, de 28 de junio. De esta manera se facilitó la integración de las consideraciones ambientales en el proceso de toma de decisiones para la aprobación de proyectos.

En este sentido, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública ha sido el instrumento adecuado para la regulación de la evaluación del impacto en salud de las diferentes políticas y proyectos. Hay que tener presente que el objeto de la Ley es el de establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud y así prevenir la enfermedad e incluye la evaluación del riesgo para la salud entre las prestaciones básicas de salud pública del sistema nacional de salud.

Contempla un capítulo específico para la evaluación del impacto en salud de otras políticas, en donde se establece que las Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud. Esta evaluación de impacto en salud la debe realizar la Administración Sanitaria y deberá prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud con el objetivo de mejorar las actuaciones.

En la Comunidad Foral de Navarra está pendiente el desarrollo legislativo y la preparación de un procedimiento y metodología específicos para realizar estas evaluaciones. Durante el año 2012 se han realizado dos acciones docentes dirigidas al personal de Sanidad ambiental del Instituto de Salud Pública y Laboral y de los ayuntamientos con servicios sanitarios y ambientales propios para formarles y cualificarles para realizar las evaluaciones de riesgo para la salud. En 2013 se elaborará la documentación y los procedimientos necesarios para el cribado de los planes y proyectos que deben someterse a evaluación. La evaluación de riesgos para la salud requiere una adecuación de la normativa de protección ambiental para incluirla en el procedimiento general.

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN EN INSTALACIONES DE RIESGO DE LEGIONELOSIS.

Navarra cuenta con un Plan de control de la legionelosis que conlleva la inspección de edificios de uso colectivo y/o industrias, en cada una de las visitas se inspeccionan todas y cada una de las instalaciones potencialmente transmisoras de legionelosis existentes en dichos edificios. Se han realizado un total de 97 visitas de inspección a edificios de uso colectivo y/o industrias. Se han redactado 75 informes de asesoramiento de legionelosis y valoración de proyectos de adecuación de instalaciones de riesgo de legionelosis y se ha propuesto un expediente sancionador.

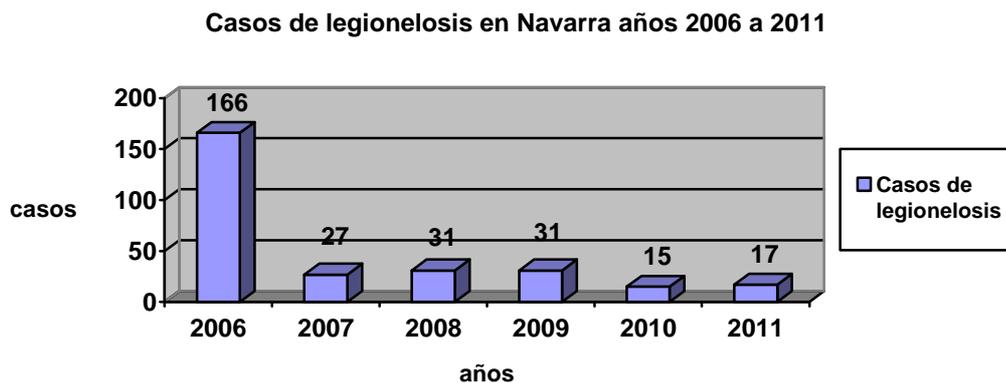
Para facilitar la inspección y control preventivo de las instalaciones de riesgo y detectar las posiblemente relacionadas con casos y brotes de legionelosis, el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN) gestiona el “Censo de torres y condensadores

evaporativos”, con un total de 540 instalaciones inscritas en el año 2011, en 221 edificios de uso colectivo y/o industrial.

El Instituto también gestiona un registro de empresas de tratamiento y de entidades autorizadas para impartir y acreditar cursos de cualificación. En 2011 hay 205 empresas autorizadas y registradas para el tratamiento de las instalaciones.

En aplicación del Decreto Foral 54/2006, de 31 de julio, por el que se establecen medidas para la prevención y control de la legionelosis, el ISPL investiga los casos y brotes de legionelosis y las comunicaciones de presencia de *Legionella* en puntos de consumo del sistema de agua caliente sanitaria en centros sanitarios con internamiento, en centros socio sanitarios residenciales y en el agua del sistema de refrigeración de torres de refrigeración y condensadores evaporativos

El siguiente gráfico detalla la evolución de los casos de legionelosis registrados en Navarra entre los años 2006 y 2011. Se observa una clara disminución de los casos registrados a pesar de que se ha generalizado la prueba de antígeno en orina en los servicios de urgencias de salud. El año 2006 se produjo un brote de legionelosis en Pamplona que afectó a un total de 149 personas.



1.4 Estilos de vida

Por estilos de vida se entiende la “manera general de vivir” de las personas, grupos y comunidades. Su desarrollo incluye la promoción del comer sano, hacer ejercicio físico, uso moderado del alcohol, vida sexual sana, conducción segura, manejo del estrés, no fumar, etc. abarcando las formas de pensar y de comportarse de las personas en su relación consigo mismas, en el control de sus vidas y su proyecto de vida, las relaciones interpersonales, la relación con el entorno, el repertorio de habilidades personales y sociales de que disponen, etc.

Según la Organización mundial de la salud (OMS), los estilos de vida pueden ejercer un efecto profundo en la salud del propio individuo y en la de los otros como determinantes del estado de salud y causa de las principales enfermedades crónicas. Propone avanzar hacia la adopción de modelos de vida más sana favoreciendo las opciones más saludables y desarrollando estrategias de modificación de factores medioambientales, información y educación sanitaria.

Salud y estilos de vida son conceptos subjetivos y dinámicos, diferentes para cada persona y para cada distinta situación de su vida. No hay un único estilo de vida óptimo para todas las personas.

Las intervenciones de promoción de estilos de vida saludables se dirigen, por una parte, a mejorar el entorno y la sociedad en que se vive (entornos saludables) y, por otra, a mejorar las capacidades de las personas para llevar una vida más sana.

Los entornos saludables se refieren a pueblos y ciudades saludables, con planteamientos urbanísticos “a la medida humana”, espacios para el ejercicio físico, relaciones personales satisfactorias, cuidado del medio ambiente físico, una oferta de actividades de ocio al alcance de todas las personas, modelos socioculturales “saludables” respecto a temas como el rol de género o la belleza, oferta de alimentos sanos, escuelas promotoras de salud, lugares de trabajo saludables y otros espacios...

Una vida más sana implica además el desarrollo de capacidades personales. Las personas pueden también elegir comportamientos más o menos saludables. Por ello es importante aportar información y desarrollar actividades y proyectos de educación sanitaria sobre estilos de vida saludable.

La existencia de intereses económicos por parte de algunos sectores (alimentario etc) puede dificultar en algunos casos la adopción de medidas facilitadoras de la adquisición de hábitos saludables.

La promoción de estilos de vida saludables se desarrolla a distintos niveles. Compete al gobierno central, autonómico y local. Implica al sector salud y a otros sectores (bienestar social, educación, agricultura y ganadería, transportes, urbanismo,...) y a diferentes asociaciones y grupos comunitarios.

TABACO

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011/12 (ENS 2011/12), en Navarra, el 23,3% de la población de 15 y más años fuma a diario, el 25,7% de los hombres y el 21,7% de las mujeres. Un 14,7% son exfumadores.

En el análisis por grupos de edad, se excluyen los menores de 24 años porque el reducido tamaño muestral de ese grupo de edad impide hacer inferencias estadísticas con precisión suficiente.

El grupo de edad de mayor consumo diario es el de 25-44 (28,7%). Los exfumadores se concentran en el grupo de edad de 45 a 64 años.

Los datos por edad y sexo se presentan en la tabla siguiente:

Tabla 1. Consumo de tabaco (%) en Navarra, según grupos de edad y sexo.

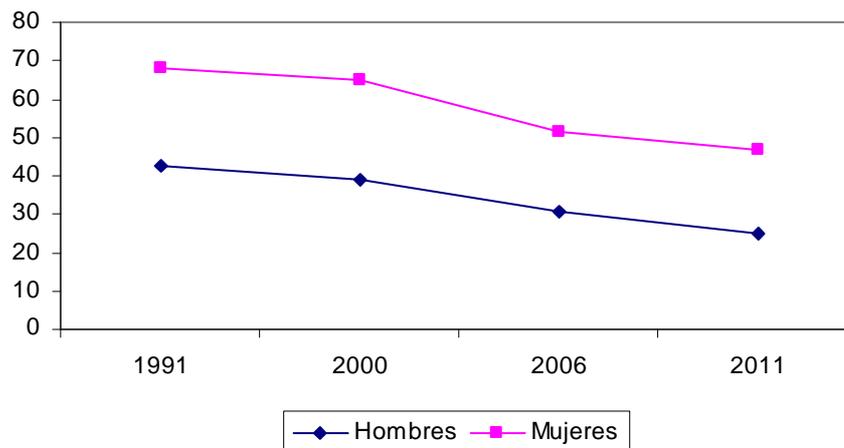
	25-44	45-64	65 y mas
Hombres			
Fumador diario	25,4*	26,7	--
Fumador ocasional o nunca fumador	63,6	45,0	53,2
Ex fumador	--	28,3	29,1
Mujeres			
Fumadora diario	32,2*	24,2	--
Fumadora ocasional o nunca fumador	56,0	63,0	88,4
Ex fumadora	--	12,8	--
TOTAL			
Fumador diario	28,7	25,5	11,5
Fumador ocasional o nunca fumador	59,9	53,9	73,0
Ex fumador	11,4	20,6	15,5

* P>0,05 NS

Fuente: ENS 2011/12

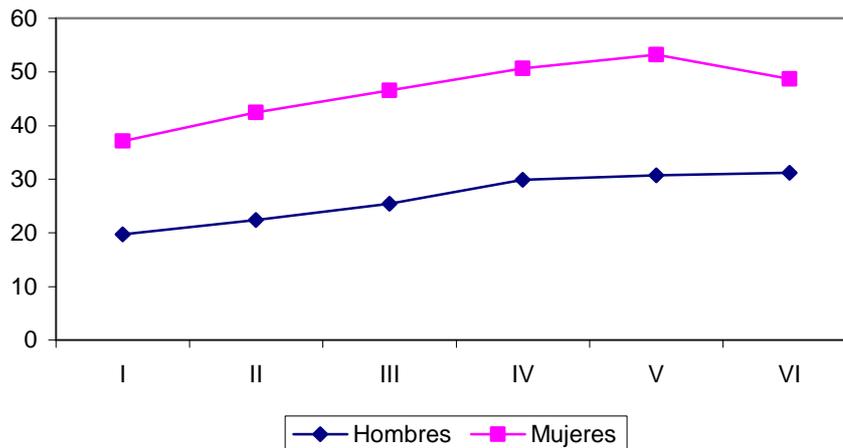
La edad media para empezar a fumar es de 17 años.

La evolución de la prevalencia de personas fumadoras en Navarra en los últimos veinte años muestra un descenso tanto en hombres como en mujeres.

Figura 1. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco. Navarra.

Fuente: Encuestas de salud de Navarra 1991 y 2000. ENS 2006 y 2011/12 datos para Navarra.

A nivel estatal, los datos de la ENS 2011/12, indican que en Navarra, igual que sucedía en la ENS 2006, el consumo diario de tabaco en hombres aumenta de manera estadísticamente significativa, a medida que la clase social es más desfavorecida.

Figura 2. Prevalencia de consumo diario de tabaco según clase social. España 2011.

Fuente: ENS 2011/12

La Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007, muestra que la prevalencia de consumo diario de tabaco en jóvenes de 14 a 29 años es del 32,5% en los chicos y del 26,1% en las chicas. Aumenta con la edad en ambos sexos. En todos los grupos de edad fuman más los chicos. Un 13% de los jóvenes son fumadores ocasionales.

En los últimos 10 años, resalta la importancia que se ha dado al tabaquismo pasivo. La mitad de la población española, según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), valora muy perjudicial para la salud el respirar humo ambiental y uno de cada cuatro fumadores relaciona sus problemas de salud con el consumo de tabaco, los hombres muestran nivel más alto de concienciación que las mujeres

En los últimos diez años se ha elaborado legislación que restringe el consumo de tabaco en lugares públicos. En nuestro entorno, la Ley 42/2010 de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, avanza respecto a la ley 28/2005, en la protección de la salud, ampliando la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y colectivos.

El número de denuncias impuestas al amparo de la Ley ha sido bajo y ha aumentado de manera progresiva. Se tramitaron 97 denuncias en el año 2006 y 120 en el 2011. Se tramitaron 5 sanciones en 2006 y 23 en 2011.

Las tendencias de consumo entre 2005-2010 muestran descenso en la venta de cajetillas y aumento de unidades de cigarrillos, picadura para liar y picadura de pipa.

El impacto de la ley se quiere relacionar con el descenso de la prevalencia de consumo en los últimos diez años.

Se siguen ejerciendo presiones desde diferentes ámbitos para limitar las restricciones impuestas.

CONSUMO DE ALCOHOL, FARMACOS Y SUSTANCIAS ILEGALES.

Según los datos de la ENS 2011/12 en Navarra, el 29,3% de las mujeres y el 65,7% de los hombres de 16 y más años consumen alcohol al menos 2-3 veces al mes. Casi uno de cada 4 de estos bebedores habituales (28,5% de los hombres y 17,6% de las mujeres) lo son exclusivamente de fin de semana.

En el análisis por grupos de edad y sexo, se ha excluido a los menores de 24 años igual que ocurría en el caso del tabaco, porque el reducido tamaño muestral de ese grupo de

edad impide hacer inferencias estadísticas con precisión suficiente. La prevalencia de hombres bebedores habituales no varía con la edad, en las mujeres disminuye en el grupo de 65 y más años. En todos los grupos de edad, el consumo habitual es mayor en hombres que en mujeres.

Tabla 2. Consumo de alcohol (%) en Navarra, según grupos de edad y sexo.

	25-44	45-64	65 y mas
Hombres			
Bebedor habitual (al menos 2-3 veces/mes)	63,5	77,7	63,0
No bebedor (ultimo año)	20,3	14,2	32,3
Bebedor ocasional	16,2	---	--
Mujeres			
Bebedor habitual (al menos 2-3 veces/mes)	36,2	31,6	18,8
No bebedor (ultimo año)	41,9	52,6	71,2
Bebedor ocasional	21,9	12,8	--

El consumo medio de alcohol de los bebedores habituales es de 13,5 g/diario.

El consumo de riesgo, el que supera los 40 g/día en hombres y los 20 g/día en mujeres de promedio diario afecta al 2,5% de los hombres y al 0,9% de la mujeres.

El consumo habitual de alcohol en mujeres es menor ($P=0,001$) en las clases sociales más desfavorecidas.

La edad media de inicio de consumo de alcohol es de 17 años.

De las personas que han tomado alguna vez alcohol, un 20% de los hombres y un 10% de las mujeres han practicado alguna vez *binge-drinking* (consumo concentrado en un espacio de dos horas de 5 ó 6 unidades estándar de alcohol, según sean mujeres o varones).

En Navarra, en población adulta mayor 30 años, la droga de comercio ilegal más extendida era el cannabis, según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2009 (EDADES). La Prevalencia de consumo en los últimos 30 días fue en 2009 de 2,6% y la de cocaína de 0,06%. Más frecuente era el consumo de tranquilizantes sin recetas, que alcanzaba al 6,7% de la población.

Según la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007 la gran mayoría de los jóvenes navarros entre 14 y 29 años, el 90,4 % ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, el 43,4% cannabis y el 19,9% otras drogas ilegales.

Algo más de la mitad de los jóvenes (54,95 de chicos y 49,3% de chicas), asume haber establecido un consumo regular de alcohol. La mayoría solo bebe alcohol el fin de semana.

El 17% de los chicos y el 12,5 de las chicas de 18 a 23 años tienen un consumo de riesgo, en ambos sexos, este consumo de riesgo se da durante el fin de semana.

El 35,3% de los jóvenes ha tenido a lo largo del último mes algún episodio de *binge-drinking*.

Tres de cada cuatro jóvenes se han emborrachado alguna vez en la vida, uno de cada tres el último mes. En ambos casos la frecuencia es mayor en los chicos.

Tabla 3. Distribución de jóvenes según consumo de alcohol, por edad y sexo.

	HOMBRES			MUJERES		
	14-17	18-23	24-29	14-17	18-23	24-29
Consumo alcohol alguna vez en la vida	74,7	95,4	96,5	78,1	91,7	93,9
Consumo alcohol días laborables						
No consume	97,3	98,5	86,5	95	88,6	88,3
Consumo alto	1	1	3,6	1,6	1,1	2,5
Consumo alcohol días laborables						
No consume	46,7	17,7	19,8	44,8	20,1	33,2
Consumo alto	6,5	17,1	9,5	9	12,5	8,2

Fuente: Encuesta juventud. Navarra 2007

Todos los indicadores utilizados de consumo de cannabis y de otras drogas ilegales muestran un predominio de consumo masculino y la mayoría de ellos aumentan con la edad. Alguno de ellos muestra su valor máximo de 18 a 23 años.

La evolución temporal en las prevalencias de consumo de alcohol y drogas ilegales muestra una tendencia estable o decreciente.

Tabla 4. Prevalencia de consumo de sustancias 1997 a 2007.

	Alguna vez vida			Últimos 12 meses			Último mes		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007	1997	2002	2007
Alcohol	93,4	92,2	92,6	-	-	88,7	77,9	73,0	74,6
Cannabis	48,6	53,7	45,2	28,4	30,6	22,6	19,5	24,8	17,8
Subtotal Otras ilegales	21,7	29,3	20,8	12,8	15,7	10,6	8,7	10,5	6,4

La edad de inicio muestra muy pocos cambios desde 1997

Tabla 5. Edad de inicio en el consumo de sustancia 1997 a 2007. Navarra.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína	Speed	Éxtasis	LSD	Heroína
1997	14,9	15,3	16,9	19,5	18,4	19,2	17,9	17,4
2002	14,9	15,4	16,7	18,9	17,9	18,4	17,7	17,1
2007	14,9	15,5	16,7	19,0	18,2	18,7	18,9	17,3

Tendencias observadas

- Se ha estabilizado en los últimos 10 años el porcentaje de jóvenes que no consumen (1 de cada 4 jóvenes).
- No ha variado el número de jóvenes que se ha emborrachado alguna vez en los 10 últimos.
- Es preocupante el consumo concentrado en espacios de tiempo breve (binge-drinking) entre los jóvenes.
- Aumento de los casos de policonsumos.
 - o Estrecha relación entre consumo de alcohol, tabaco y cannabis.
 - o Cuanto antes se inician en el consumo de alcohol antes se inician en el consumo de otras sustancias.
- Gran asociación entre consumo de alcohol y disfrute de ocio y tiempo libre.

Valoración del riesgo

Los jóvenes navarros consideran que, en general, el consumo de las distintas sustancias tiene bastantes más riesgos que beneficios. Se constata, sin embargo, una diferencia en la valoración del alcohol, el tabaco y el cannabis (las sustancias mejor valoradas), por una parte y el resto de sustancias ilegales, por otra.

Tabla 6. Valoración media del Riesgo del consumo (1 a 10)*, por sexo y grupos de edad.

	Todos	14-17	18-23	24-29
Alcohol	6.68	6.50	6.52	6.89
Tabaco	7.49	6.70	7.29	8.03
Cannabis	7.62	7.92	7.46	7.60
Cocaína	9.27	9.12	9.24	9.36

* Donde 1 sería ningún riesgo y 10 sería el máximo riesgo

Daños relacionados

Violencia. En 2007, un 6,7% de la población de entre 14 y 29 años afirmaba haber sufrido algún tipo de agresión o maltrato, este porcentaje llega al 9,3% en el grupo de jóvenes que tienen algún tipo de consumo intensivo (tabaco, alcohol, cannabis u otras sustancias ilegales).

ALIMENTACIÓN

La disponibilidad de alimentos en el mercado ha crecido de manera considerable para la mayor parte de la población, la elección de los mismos viene determinada más por los ritmos de vida, el marketing y la publicidad, costumbres, gratificación emocional, etc. que por criterios de salud. Ante esta situación, la educación alimentaria es una prioridad.

Según la ENS 2011/12, en Navarra, el 95,9% de la población adulta (16 y más años) desayunan habitualmente. El desayuno preferido por más de la mitad de la población (52,3%) consiste en un líquido (café con leche, té, cacao, etc.) y algún cereal (pan, tostadas, galletas, etc.). El 14,2% de la población total realiza un desayuno completo (lácteo + cereal + una fruta) frente al 9,8% del promedio estatal.

En la población adulta las mujeres tienen hábitos alimenticios más saludables que los hombres, su consumo diario de fruta (74,9%) y de verduras y hortalizas (64,2%) es superior al de los hombres. En ambos sexos los más jóvenes tienen peores hábitos alimentarios, éstos, van mejorando con la edad.

El consumo diario de frutas y hortalizas en Navarra está por encima de la media estatal. El consumo de carne también es superior a la media estatal.

Según el Panel Consumo Alimentario (Ministerio Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente), el consumo per cápita (KG/l) de diversos alimentos en Navarra en los últimos años se ve en la tabla 7.

Tabla 7. Panel consumo alimentario.

	2004	2008	2009	2010	2011
FRUTA FRESCA	105,48	105,01	98,9	105,45	105,69
PATATAS	17,95	22,18	24,77	24,53	24,05
HORTALIZAS FRESCAS	54,53	53,58	51,45	50,36	52,54
PESCA	32,04	29,96	28,08	25,82	27,12
CARNE	58,88	60,69	52,18	50,43	51,53
HUEVOS	13,22	9,58	9,93	8,83	9,29
LECHE LÍQUIDA	100,55	89,08	84,22	79,38	86,67
BOLLERÍA/PASTELERÍA/GALLETAS/CEREALES	12,8	13,41	12,92	12,47	13,54
LEGUMBRES	4,06	3,23	3,53	3,12	3,15
PLATOS PREPARADOS	6,36	8,28	8,84	7,52	8,74
GASEOSAS Y BEBIDAS REFRESCANTES	27,53	32,6	35,85	30,59	30,25

En los últimos años ha crecido el precio de la compra y se constata un aumento de la pobreza que reduce de manera drástica el acceso de una parte de la población a la alimentación. Cáritas manifiesta, que entre 2007 y 2011, el mayor aumento en ayudas ha sido para alimentación, el Banco de alimentos señala en el periodo 2008 – 2011 un incremento porcentual del 55,3% en personas beneficiarias.

El 5 de julio de 2011 se promulga la Ley 17/2011, de seguridad alimentaria y nutrición, que además de abordar la seguridad alimentaria y la publicidad de alimentos, hace hincapié en la importancia de trabajar en el ámbito escolar: venta de alimentos y bebidas, comedor escolar, papel educador y de sensibilización.

ACTIVIDAD FÍSICA

En la actualidad, la actividad física habitual, la que ocupa la mayor parte del día y tiene que ver con el trabajo y con las actividades diarias, ha disminuido respecto a tiempos pasados. Los edificios se han hecho menos activos y ha crecido el uso de automóviles privados.

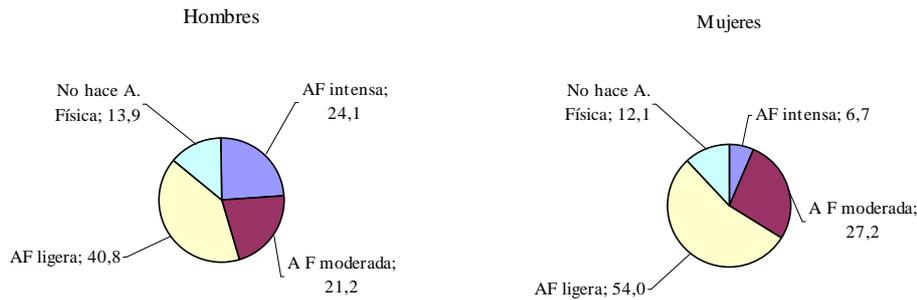
Simultáneamente, en Navarra, en los últimos años han aumentado las instalaciones deportivas (polideportivos, civivox, gimnasios al aire libre, etc.) y los recursos para la práctica del ejercicio físico. Ha crecido también el interés de grupos y asociaciones y así se refleja en las subvenciones que en el período 2008-2012 se han concedido a estilos de vida una media del 78% de la cantidad global concedida. Las referidas a Ejercicio físico han aumentado en 2011 y 2012 respecto a los años anteriores.

Se han mejorado también infraestructuras para la incorporación de la actividad física a la vida diaria (caminar, carriles bici, caminos interpueblos o entre los barrios, subir y bajar escaleras, etc.) pero todavía queda mucho por hacer.

Según la ENS 2011/12, el 32,3% de la población mayor de 16 años de Navarra se declara sedentaria, no hace actividad física ni ocasional ni regularmente. Junto a La Rioja son las dos CCAA con menos población sedentaria, la cifra promedio nacional de población sedentaria es de un 41,3%. Son más sedentarias las mujeres que los hombres y los mayores de 65 años.

Considerando solo la población hasta los 70 años, el porcentaje de personas sedentarias es menor. En este colectivo, la prevalencia de personas sedentarias no guarda relación con el sexo, sí varía la intensidad de la actividad física que realizan (Figura 3).

Figura 3. A. Física en tiempo libre según sexo.



Fuente: ENS 2011/12

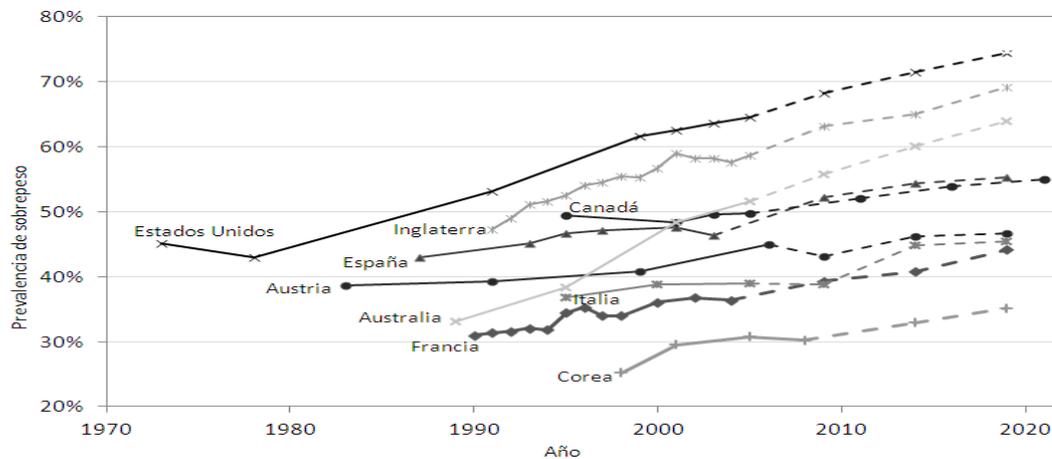
SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad infantil se abordan en el apartado 2.3.7: “Problemas de salud en edad infantil y adolescencia”. Aquí nos vamos a referir al sobrepeso y obesidad en población adulta.

Navarra participa del preocupante incremento del sobrepeso y la obesidad que se ha producido en otras CCAA y países de Europa por la conjunción de los distintos factores que se han comentado en los apartados de Alimentación y Ejercicio físico. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE, hasta 1980, menos de 1 de cada 10 personas eran obesas. En 2010 (Informe “Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat”), las tasas se habían duplicado o triplicado en muchos países y en casi la mitad de los países de la OCDE, 1 de cada 2 personas, se consideraba con sobrepeso u obesa.

Este año 2012 la OCDE ha actualizado los datos de su informe 2010 y plantea una desaceleración de la epidemia en varios países, con tasas prácticamente estables en Corea, Suiza, Italia, Hungría e Inglaterra en los últimos diez años, y un aumento ligero en Francia y España. Sin embargo, se registran mayores incrementos en Irlanda, Canadá y Estados Unidos. Como otros organismos (OMS, Comisión europea, Estrategia Naos) mantiene la necesidad de trabajar en los ámbitos familiar, escolar, comunitario, empresarial y gubernamental.

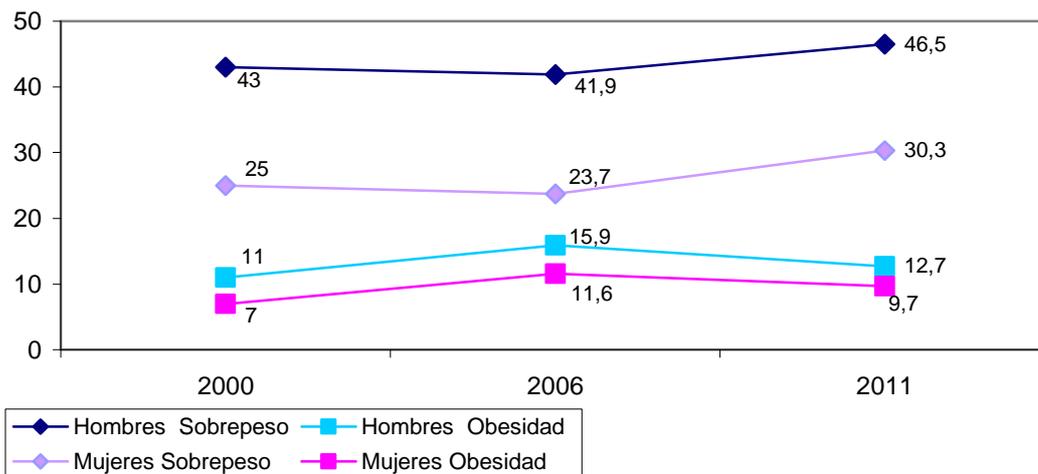
Figura 4. Informe OCDE



Según la ENS 2011/12 en Navarra, en población de 18 y más años, hay un sobrepeso de 46,5% en hombres y 30,3% en mujeres, y una obesidad de 12,7% en hombres y 9,7% en mujeres. La prevalencia de obesidad está por debajo de la media de España, la de sobrepeso es similar.

Respecto a los datos de las encuestas anteriores de 2006 y de 2001, se observa la misma tendencia en hombres y en mujeres: estacionaria en obesidad y ascendente en sobrepeso. El incremento de sobrepeso en mujeres respecto a 2006 es estadísticamente significativo, no lo es en el caso de los hombres (Figura 5).

Figura 5. Sobrepeso y obesidad según sexo. Evolución temporal. Navarra.



Fuente: Encuesta de Salud Navarra 2001 y ENS 2006 y 2011/12 datos para Navarra.

Coincidiendo con los resultados de otros estudios, en las clases sociales más desfavorecidas, es más frecuente el peso por encima de lo normal.

La mayoría de las personas perciben su peso de manera coherente a la realidad, si bien, una de cada tres personas con sobrepeso considera que su peso es normal.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La OMS considera que en nuestro medio es insuficiente la educación sexual objetiva y sin prejuicios. Identifica una carencia de servicios sanitarios pensados para jóvenes que puede añadir a las vivencias poco saludables de la sexualidad, un aumento de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluida la infección por VIH.

Diferentes estudios llevados a cabo en los últimos 10 años muestran una tendencia al inicio de las relaciones sexuales coitales a edades cada vez más tempranas, más precoz en los hombres que en las mujeres, con reducción de diferencias por sexo en la población más joven.

Según la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS), en España, un 16,5% de personas de 18-29 años tuvieron su primera relación sexual con menos de 16 años. Los porcentajes son más elevados entre los grupos de menor edad y en especial entre las mujeres menores de 20 años, un 18,9% frente al 10,8% en las de 25-29 años.

El preservativo es el método de prevención más extendido entre la población juvenil (63,1% de las personas de 18-29 años usaron el preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales), aunque, al aumentar la edad, aumenta el uso de anticonceptivos orales. Este hecho se relaciona con que tenga un mayor peso, en la motivación para usar preservativo, evitar un embarazo que evitar una ITS. Es mayor el porcentaje de hombres que lleva el preservativo, pero se apunta la tendencia hacia un modelo “igualitario”.

Los principales motivos para no usar preservativo se relacionan con la falta de disponibilidad del mismo, estar utilizando otro método anticonceptivo, creer que se conocen lo suficiente y la falta de comunicación entre la pareja.

La OMS propone para nuestro entorno lo siguiente:

- disminuir para 2015 de forma mantenida y continua la incidencia de ITS
- alcanzar para 2015 una conducta sexual más sana

Siguiendo las directrices de OMS, para alcanzar estos objetivos en Navarra sería preciso ampliar el acceso a la educación sexual tanto desde el ámbito formativo (desarrollando la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva), como facilitando el acceso a servicios sanitarios con horarios específicos y confidencialidad para jóvenes.

Las recomendaciones de la OMS incluyen también, facilitar la participación de jóvenes en políticas informativas y educativas, para lo cual fomentar el asociacionismo juvenil y las subvenciones son medidas útiles.

Algunos entornos y sectores sociales requieren programas adaptados sensibles a sus diferencias. Para ello se cuenta con la base de programas de salud para minorías, asociaciones activas con programas específicos, que se trata de apoyar y promover en su caso.

En los últimos años se identifican tres **áreas de cambio** en el campo de la salud sexual y reproductiva:

- Disminución del número de embarazos y partos en las mujeres más jóvenes (Ver apartado 2.3.7: “Problemas de salud en edad infantil y adolescencia)
- Retraso en la maternidad. La edad materna se ha incrementado con el paso de los años (media de 32 años en las gestaciones de 2012), lo que lleva asociado un incremento en la morbilidad en el embarazo
 - o Incremento de los tratamientos de fertilidad, lo que aumenta el número de embarazos múltiples que conlleva elevación de las cifras de prematuridad u otras complicaciones médicas
 - o Agravamiento con repercusión sobre el embarazo de patologías previas como la hipertensión arterial, una de cuyas consecuencias puede ser el retaso de crecimiento fetal por hipoperfusión placentaria e incremento como consecuencia de la finalización de la gestación antes de la semana 37.
 - o Aumento de la aparición de preeclampsia (hipertensión, edemas y proteinuria) que en ocasiones obliga a finalizar la gestación antes del término del embarazo. El número de partos pretérmino fue en 2012 el 8,5%, siendo la mayoría tardíos, 35 ó más semanas de embarazo.

- Aumento de los problemas de fertilidad: cada año se atienden 700-800 parejas nuevas.

ESTRÉS

El estrés es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo dificultando el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano pudiendo llegar a producir la aparición de sintomatología variada y de enfermedad. La salud mental se relaciona en muchos casos con el estrés.

En el origen del estrés se reconoce la existencia de distintas fuentes debidas al transitar por la vida (maternidad y paternidad, adolescencia, envejecimiento, migración, duelo...) y a los ritmos de vida y valores sociales imperantes (lucha por el éxito, por poseer cosas, velocidad...). En los últimos años, como consecuencia de la crisis financiera, han crecido y se han hecho más profundas las fuentes de estrés.

En la ENS 2011/12, en Navarra la valoración del nivel de estrés laboral alcanza una puntuación de 4,0 en una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante) el estrés es mayor en hombres 4,2 que en mujeres 3,8.

La valoración del nivel de satisfacción con su trabajo, con una escala similar, alcanza una puntuación de 5, sin encontrarse diferencias entre hombres y mujeres.

Según la misma fuente, la ENS 2011/12, que utiliza el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC, el 98,2% de la población de Navarra tienen un apoyo social bueno, entendido como la percepción del entrevistado, ante las diversas situaciones, de apoyo afectivo y personal que suelen producirse en su vida cotidiana. El valor promedio para la población Navarra es de 49,8 (desviación = 5,5), sin diferencias por sexo. El rango es de 1-55, a menor puntuación, menos apoyo. El punto de corte para considerar que una persona tiene apoyo social bajo es 32.

La ENS Navarra 2006, mostraba que en personas adultas, la depresión y la ansiedad y otros problemas mentales ocupaban el sexto lugar entre los problemas de salud crónicos más frecuentes.

En la misma Encuesta se valoraba el estado de Salud Mental aplicando el Cuestionario de Salud General de 12 preguntas (GHQ-12). La puntuación total oscila entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental. El punto de corte, para considerar que una persona tiene "riesgo de mala salud mental", es de cuatro o más.

La puntuación media para toda la población de Navarra era de 1,8 (Desviación=5,5) sin diferencias según sexo. Un 16,4% estaba en riesgo de tener un problema de salud mental.

En la memoria 2010 de Salud Mental de Navarra, los diagnósticos más frecuentes, correspondientes a los Trastornos Mentales Comunes son los trastornos de ansiedad (35,9%) y de adaptación (35,6). En atención infanto-juvenil en los CSM, los trastornos de ansiedad ocupan el tercer lugar (9,2%).

En la siguiente tabla se presenta un resumen de los principales determinantes de salud en Navarra, en población de 18 y mas años, obtenidos a partir de la ENS 2011/12

	Total	Hombres	Mujeres
Fumadores diarios	23,3%	25%	21,5%
Sedentarismo	32,3%	24,8%	39,7%
Sobrepeso	38,2%	46,5%	30,3%
Obesidad	11,2%	12,7%	9,7%
Consumo intensivo de alcohol*	3,4%	5,9%	0,9%
Consumo de riesgo de alcohol **	1,7%	2,5%	0,9%
Consumo fruta fresca***	82,5%	80,9%	84,2%
Consumo verdura, ensalada y hortaliza***	91,6%	9%	93,4%
Nivel medio de estrés laboral****	4	4,2	3,8
Cuidado en solitario de alguna persona con alguna limitación	34,6%	16,6%	49,4%

*Porcentaje de individuos que al menos una vez por semana ha tomado 6 ó más unidades

**Porcentaje de individuos con consumo medio diario de alcohol >40 gr en hombres y >20 en mujeres

*** 3 o más veces x semana

**** En una escala del 1 al 7 y con una desviación típica de 1,6 en los tres casos

2. ESTADO DE SALUD

2.1 Mortalidad general

La mortalidad refleja de manera indirecta el nivel de salud de la comunidad, es un indicador clásico del estado de salud de una población.

METODOLOGÍA

Se presentan los indicadores de mortalidad de Navarra del periodo 2000-2010. Las comparaciones con datos de España se han realizado utilizando los datos publicados por el Centro Nacional de Epidemiología e INE y la comparación con los datos europeos a través de los datos difundidos por Eurostat. El cálculo de las tasas se ha realizado utilizando las poblaciones padronales y para el ajuste de las tasas por edad y sexo se ha utilizado la población estándar europea.

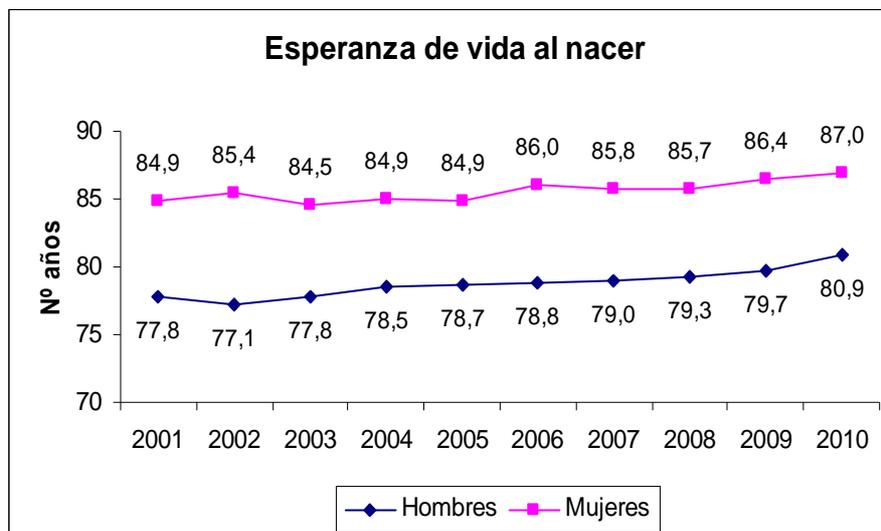
MORTALIDAD GENERAL Y ESPERANZA DE VIDA

En el año 2010 fallecieron un total de 4.984 personas residentes en Navarra, de ellas 2.523 eran hombres y 2.461 mujeres. Entre los hombres fallecidos, el 18,5% tenían menos de 65 años y el 32,4% más de 85 años. Entre las mujeres estos porcentajes eran de 8,1% y 58,2 %, respectivamente.

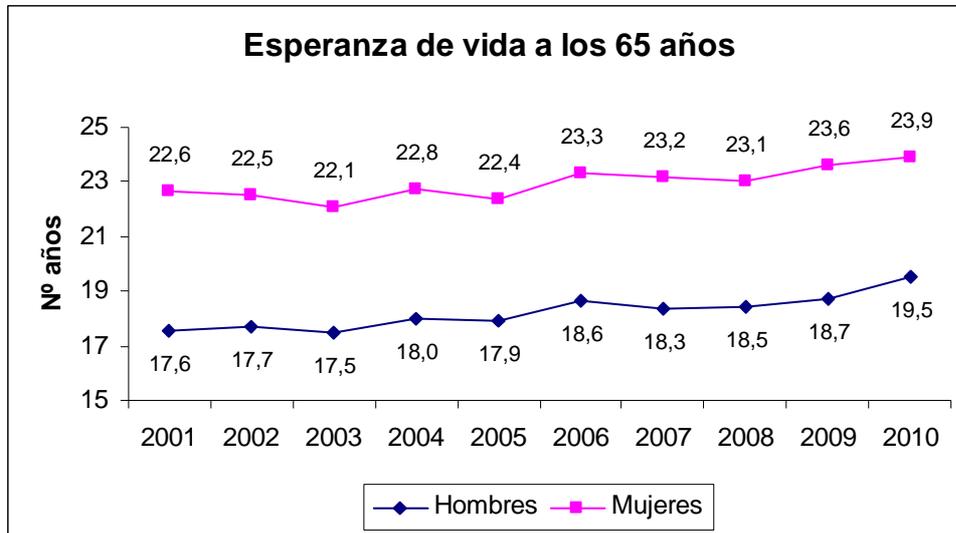
En el año 2010, la esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 80,9 años en los hombres y 87,0 años en las mujeres mientras que la estimada para España era de 78,9 y 84,9 años, respectivamente. En ambos sexos, Navarra es la comunidad autónoma que presenta la esperanza de vida al nacer más alta de las 17 publicadas por el INE. Entre los hombres, Navarra y Madrid presentan una esperanza de vida 3 años más alta que la comunidad con menor esperanza de vida, Asturias (77,3 años). También entre las mujeres, destacan Navarra y Madrid como las de mayor longevidad.

A lo largo del periodo 2001-2010, se ha incrementado en 2,1 años la esperanza de vida al nacer de los hombres y en 3,1 la de las mujeres (figura 1).

Figura 1. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en el periodo 2001-2010. Hombres y mujeres. Navarra.



La esperanza de vida en las personas mayores de 65 años en el año 2010, era de 19,5 años en hombres 23,9 en mujeres. En el periodo 2001-2010 se ha incrementado en 1,9 años en los hombres y 1,3 en las mujeres



MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

En la tabla 1 se presentan el número medio anual de fallecimientos por grupos de edad y sexo en los quinquenios 2001-2005 y 2006-2010; las tasas específicas de mortalidad, el ratio entre las tasas de los hombres y mujeres y el porcentaje de cambio entre las tasas del segundo quinquenio respecto al primero.

Tabla 1. Número de defunciones y tasas específicas de mortalidad por edad y sexo. Ratio de las tasas de los hombres respecto a las mujeres en el periodo 2006-2010 y porcentaje de cambio en 2006-2010 respecto 2001-2005.

Edad	HOMBRES				MUJERES				Razón tasas Hombre / Mujer	% cambio tasas en 2006-2010 vs 2001-2005	
	2001-2005		2006-2010		2001-2005		2006-2010			Hombres	Mujeres
	Tasa x100000	Nº de muertes año									
<1	362,7	10	267,3	9	295,4	8	209,7	7	1,3	-26	-29
1-9	19,7	5	22,8	7	13,9	3	13,0	4	1,7	16	-6
10-19	29,9	9	33,9	10	12,0	3	15,9	4	2,1	13	32
20-29	83,4	39	53,4	22	29,3	13	15,7	6	3,4	-36 *	-46 *
30-39	104,5	53	77,4	43	52,8	25	35,8	18	2,2	-26 *	-32 *
40-49	228,5	98	183,4	90	120,5	49	93,1	43	2,0	-20 *	-23 *
50-59	544,4	190	502,3	192	224,8	77	219,1	81	2,3	-8	-3
60-69	1340,5	347	1143,3	328	501,5	136	440,7	130	2,6	-15 *	-12 *
70-79	3565,9	766	3045,9	667	1666,3	445	1455,9	388	2,1	-15 *	-13 *
>=80	12086,0	1155	11107,3	1291	8899,5	1641,4	8289,0	1795	1,3	-8 *	-7 *

* Las diferencias son estadísticamente significativas

En ambos quinquenios, las tasas de mortalidad por edad presentan un pico en los menores de un año para descender en el siguiente grupo de edad y aumentar posteriormente. Se observa una sobremortalidad de los hombres respecto a las mujeres en todos los grupos de edad, alcanzado un ratio de 3,4 en el grupo 20-29 años.

Prácticamente en todos los grupos de edad y en ambos sexos se ha producido un descenso del riesgo de morir en el quinquenio 2006-2010 respecto al quinquenio anterior. Entre la población de 20-50 años, el descenso porcentual de las tasas se situó entre el 20 y el 46%.

MORTALIDAD PERINATAL E INFANTIL

En la tabla 2 se presentan el número de nacidos vivos entre 2001 y 2010, la tasas de mortalidad perinatal, infantil y neonatal en Navarra y el número de fallecidos en el primer año de vida. La tasa de mortalidad infantil se encuentra por debajo de 3 por 1000 en el periodo 2006-2010 y ha descendido un 25% respecto al quinquenio anterior. A nivel europeo, la tasa de mortalidad infantil de Navarra se encuentra en el quintil inferior. El número de muertes por muerte súbita en el periodo 2001-2010 oscila entre cero y tres muertes por año.

Tabla 2. Número de recién nacidos vivos, defunciones de menores de 1 año y tasas de mortalidad perinatal, infantil y neonatal por 1000. Navarra 2001-2010.

Año	Número de recién nacidos vivos	Muertes < 1 año	Tasa mortalidad perinatal*	Tasa mortalidad infantil	Tasa mortalidad neonatal
2001	5710	17	4,6	3,0	1,9
2002	5802	15	6,7	2,6	2,2
2003	6180	14	0,5	2,3	0,6
2004	6293	29	4,6	4,6	2,7
2005	6149	15	2,1	2,4	1,0
2006	6551	18	4,1	2,7	2,1
2007	6595	15	2,4	2,3	1,4
2008	7029	16	3,4	2,3	1,1
2009	6844	15	4,7	2,2	1,2
2010	6873	13	3,5	1,9	0,7

*Muertes fetales tardías más las defunciones de menores de una semana por mil nacidos

MORTALIDAD POR PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

Considerando la clasificación de los grandes grupos de mortalidad de la CIE-10, el cáncer fue la primera causa de muerte en 2010 entre los hombres (34.5%) y las enfermedades del sistema circulatorio la segunda causa (27%). El tercer y cuarto lugar lo ocupan las enfermedades respiratorias y las causas externas, con un 12.1% y 5.5% respectivamente (tabla 3). Estos 4 grandes grupos de causas de muerte han presentado descensos significativos de las tasas en el último quinquenio que han oscilado entre un 7 y un 18% (tabla 4).

Tabla 3. Mortalidad por grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y lista desagregada de causas de muerte. Número y porcentaje de defunciones en 2010 y tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000 en el periodo 2001-2005 y 2006-2010. Navarra. Hombres y mujeres.

	Hombres				Mujeres			
	nº muertes en 2010	%	Tasas ajustadas x 100.000		nº muertes en 2010	%	Tasas ajustadas x 100.000	
			2001- 2005	2006- 2010			2001- 2005	2006- 2010
TOTAL	2523	100	691,0	609,6	2461	100	367,1	328,7
Infeciosas y parasitarias	43	1,7	12,7	10,3	39	1,6	7,2	5,4
Enf. Infecciosas intestinales	4	0,2	1,0	0,8	12	0,5	0,8	0,8
Tuberculosis y sus efectos tardíos	3	0,1	0,6	0,6	1	0,0	0,4	0,2
Infecciones meningocócicas	-	-	0,2	0,1	-	-	0,2	0,4
Septicemia	12	0,5	5,0	3,2	15	0,6	3,1	2,2
Hepatitis vírica	7	0,3	1,3	1,1	3	0,1	0,7	0,6
SIDA	10	0,4	3,9	2,6	2	0,1	1,5	0,8
VIH +	-	-	-	-	-	-	-	-
Resto de enfermedades infecciosas	7	0,3	0,7	1,8	6	0,2	0,6	0,5
Tumores	870	34,5	232,8	215,0	532	21,6	106,9	101,6
Tumor maligno de la cavidad bucal y faringe	13	0,5	6,6	4,4	8	0,3	1,3	0,9
Tumor maligno del esófago	19	0,8	6,5	6,7	5	0,2	0,8	0,7
Tumor maligno del estómago	45	1,8	15,3	12,3	34	1,4	6,5	4,9
Tumor maligno del colon	91	3,6	17,5	19,1	52	2,1	10,6	10,0
Tumor maligno del recto y del ano	39	1,5	6,8	7,0	23	0,9	3,8	3,0
Tumor maligno del hígado y vías biliares	47	1,9	9,2	9,8	19	0,8	3,4	3,2
Tumor maligno del páncreas	50	2,0	11,6	11,0	41	1,7	6,7	7,4
Otros tumores malignos digestivos	17	0,7	5,1	3,7	19	0,8	4,5	4,1
Tumor maligno de la laringe	14	0,6	7,9	6,0	3	0,1	0,1	0,2
Tumor maligno de la tráquea, brónquios y pulmón	235	9,3	62,4	58,9	45	1,8	8,9	9,8
Otros tumores malignos respiratorios	5	0,2	1,3	2,4	4	0,2	1,0	0,6
Tumores malignos del hueso y cartílagos	1	0,0	0,4	0,6	-	-	0,2	0,4
Melanoma maligno de la piel	10	0,4	2,6	2,0	4	0,2	1,4	1,6
Otros tumores malignos de la piel y tejidos blandos	10	0,4	1,9	2,5	11	0,4	1,4	1,5
Tumor maligno de la mama	1	0,0	0,1	0,2	68	2,8	17,3	15,5
Tumor maligno del cuello del útero	-	-	-	-	2	0,1	1,6	1,3
Tumor maligno de otras partes del útero	-	-	-	-	18	0,7	2,9	3,6
Tumor maligno del ovario	-	-	-	-	26	1,1	7,3	5,4
Tumores malignos de otros órganos genitales femeninos	-	-	-	-	6	0,2	1,0	1,3
Tumor maligno de la próstata	65	2,6	20,2	15,7	-	-	-	-
Tumores malignos de otros órganos genitales masculinos	-	-	0,5	0,2	-	-	-	-
Tumor maligno del riñón, excepto pelvis renal	24	1,0	5,0	5,4	9	0,4	2,1	2,3
Tumor maligno de la vejiga	48	1,9	13,8	11,8	10	0,4	1,9	1,7
Otros tumores malignos de las vías urinarias	-	-	0,6	0,3	2	0,1	0,2	0,2
Tumor maligno encéfalo	39	1,5	8,0	9,7	32	1,3	4,9	6,0
Otros tumores malignos neurológicos y endocrinos	2	0,1	1,2	0,5	3	0,1	0,8	1,1
Tumor maligno de sitios mal definidos	25	1,0	12,0	9,2	24	1,0	5,2	5,3
Tumores malignos del tejido linfático	29	1,1	6,6	6,6	27	1,1	4,9	4,1
Leucemia	27	1,1	6,0	5,4	19	0,8	2,7	3,7
Tumores in situ	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumores benignos	5	0,2	0,5	0,8	5	0,2	1,0	0,6
Síndrome mielodisplásico	7	0,3	1,6	1,6	6	0,2	0,8	0,5

Otros tumores de comportamiento desconocido	2	0,1	1,8	1,3	7	0,3	1,6	0,8
Sangre, inmunidad	7	0,3	1,3	1,6	14	0,6	1,1	1,2
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	6	0,2	1,3	1,4	14	0,6	1,0	1,1
Trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	1	0,0	-	0,2	-	-	0,0	0,1
Endocrinas, nutrición, metabólicas	65	2,6	15,2	14,3	99	4,0	13,1	11,4
Diabetes mellitus	61	2,4	12,5	12,4	75	3,0	10,5	9,4
Otras enfermedades endocrinas y metabólicas	4	0,2	2,7	1,9	24	1,0	2,6	2,0
Trastornos mentales y comportamiento	47	1,9	11,3	11,4	104	4,2	10,8	10,9
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	45	1,8	9,5	9,9	101	4,1	10,3	10,4
Trastornos mentales debidos al uso de alcohol	2	0,1	1,3	0,9	-	-	0,2	0,1
Trastornos mentales debidos al uso de drogas	-	-	0,1	0,1	-	-	-	-
Otros trastornos mentales y del comportamiento	-	-	0,5	0,5	3	0,1	0,4	0,5
Sistema nervioso, ojo y oído	129	5,1	20,4	24,2	194	7,9	20,8	22,9
Meningitis (otras en 003)	2	0,1	0,5	0,2	-	0,0	0,3	0,1
Enf. del Alzheimer	58	2,3	8,6	11,0	154	6,3	12,9	14,7
Otras enfermedades del sistema nervioso	69	2,7	11,3	13,0	40	1,6	7,6	8,1
Sistema circulatorio	682	27,0	196,1	159,8	825	33,5	110,5	92,7
Enf. cardíacas reumáticas crónicas	3	0,1	1,2	0,9	13	0,5	2,0	1,1
Enf. hipertensivas	47	1,9	6,4	7,1	87	3,5	5,8	6,9
Infarto agudo de miocardio	131	5,2	57,6	39,8	90	3,7	19,2	12,7
Otras enfermedades isquémicas del corazón	73	2,9	21,8	17,3	51	2,1	7,6	5,8
Insuficiencia cardíaca	54	2,1	20,0	15,4	107	4,3	18,2	13,2
Otras enfermedades del corazón	136	5,4	30,6	29,6	176	7,2	19,6	20,3
Enf. cerebrovasculares	187	7,4	44,6	37,6	265	10,8	32,6	28,5
Ateroesclerosis	11	0,4	3,9	3,0	12	0,5	2,3	1,4
Otras enfermedades de los vasos sanguíneos	40	1,6	9,9	8,9	24	1,0	3,1	2,8
Sistema respiratorio	305	12,1	82,3	70,0	274	11,1	33,9	31,6
Influenza (gripe)	-	-	0,3	-	1	0,0	0,4	0,1
Neumonía	66	2,6	19,6	15,2	71	2,9	9,2	8,1
Enf. de las vías respiratorias inferiores	137	5,4	36,0	31,2	49	2,0	5,8	5,1
Asma	2	0,1	0,5	0,9	11	0,4	1,1	1,6
Insuficiencia respiratoria	15	0,6	3,2	2,2	9	0,4	2,6	1,7
Otras enfermedades del sistema respiratorio	85	3,4	22,7	20,5	133	5,4	14,8	15,0
Sistema digestivo	132	5,2	33,4	33,1	150	6,1	16,7	16,4
Úlcera de estómago, duodeno y yeyuno	5	0,2	0,9	0,8	3	0,1	0,6	0,3
Enteritis y colitis no infecciosas	2	0,1	0,4	0,6	2	0,1	0,3	0,5
Enf. vascular intestinal	27	1,1	4,0	5,0	34	1,4	3,0	3,0
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	26	1,0	11,0	9,7	8	0,3	2,6	2,5
Otras enfermedades del sistema digestivo	72	2,9	17,1	17,1	103	4,2	10,2	10,1
Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	10	0,4	1,2	1,4	12	0,5	1,7	1,9
Sistema osteomusc. y tej. conjuntivo	16	0,6	4,3	4,0	52	2,1	4,9	4,4
Artritis reumatoide y osteoartritis	2	0,1	0,3	0,4	7	0,3	0,5	0,4
Osteoporosis y fracturas patológicas	13	0,5	3,0	2,8	37	1,5	3,1	2,6
Otras enfermedades del sistema osteomuscular	1	0,0	1,1	0,9	8	0,3	1,3	1,3
Sistema genitourinario	46	1,8	12,7	11,3	61	2,5	7,5	6,4
Enf. del riñón y del uréter	35	1,4	10,2	8,3	40	1,6	5,6	4,2
Enf. de los órganos genitales masculinos	1	0,0	0,6	0,3	-	-	-	-
Enf. de los órganos genitales femeninos	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0
Otras enfermedades del sistema genitourinario	10	0,4	1,9	2,7	21	0,9	1,8	2,2
Embarazo, parto y puerperio	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Afecciones originadas en el periodo perinatal	4	0,2	3,3	1,8	0	0,0	2,5	0,5
Malform. congénitas y anom. cromosom.	3	0,1	1,9	3,1	3	0,1	2,7	2,6
Malformaciones congénitas del sistema nervioso	-	-	0,2	0,4	-	-	0,6	0,4
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	-	-	1,0	1,6	-	-	1,0	0,7
Otras malformaciones congénitas	3	0,1	0,7	1,1	3	0,1	1,2	1,5
Mal definidas	24	1,0	11,9	6,6	42	1,7	9,5	5,4

Paro cardíaco, muerte sin asistencia y causa desconocida	18	0,7	6,3	3,3	16	0,7	4,2	2,1
Senilidad	4	0,2	3,1	1,8	21	0,9	3,2	2,4
Muerte súbita infantil	1	0,0	0,6	0,5	2	0,1	0,4	0,3
Resto de síntomas, signos y hallazgos anormales	1	0,0	2,0	1,0	3	0,1	1,8	0,6
Causas externas	140	5,5	52,5	43,2	60	2,4	19,5	14,5
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	33	1,3	19,5	10,8	9	0,4	7,6	3,6
Otros accidentes de transporte	1	0,0	0,9	0,8	-	-	0,2	0,1
Caídas accidentales	36	1,4	6,6	7,7	30	1,2	2,9	4,0
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	13	0,5	3,7	3,6	9	0,4	1,3	1,4
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	1	0,0	0,3	0,3	-	-	0,2	0,2
Envenen. accidental por psicofár. y drogas de abuso	9	0,4	2,6	2,9	1	0,0	0,8	0,7
Otros envenamamientos accidentales	4	0,2	0,7	0,5	1	0,0	-	0,1
Otros accidentes	9	0,4	3,9	3,0	2	0,1	0,8	0,2
Suicidio y lesiones autoinfligidas	31	1,2	11,5	11,2	8	0,3	4,5	3,4
Agresiones (homicidios)	1	0,0	1,4	0,7	-	-	0,5	0,3
Eventos de intención no determinada	-	-	0,3	0,2	-	-	0,1	0,0
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	-	-	0,7	0,9	-	-	0,6	0,3
Otras causas externas y sus efectos tardíos	2	0,1	0,5	0,7	-	-	0,1	0,1

Entre las mujeres destacan por su frecuencia, las muertes por cáncer, enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades respiratorias y, en cuarto lugar, las enfermedades del sistema nervioso. Las 3 primeras causas han disminuido en el último quinquenio de manera estadísticamente significativa, un 16% la muertes por enfermedades del sistema circulatorio, un 4,8% las muertes por cáncer y un 6,9% las muertes por enfermedades del sistema respiratorio. Se mantuvieron estables las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso y al igual que entre los hombres, se registró un importante descenso de la mortalidad por causas externas, un 25% (Tablas 3 y 4).

Tabla 4. Mortalidad por grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10). Número y porcentaje de defunciones en 2010 y tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000 h. Porcentaje de cambio de las tasas en el periodo 2006-2010 respecto 2001-2005. Navarra. Hombres y mujeres.

Capítulo CIE-10	Nº de muertes en 2010		Tasas ajustadas por 100.000		% cambio de 2006-2010 vs 2001-2005
		%	2001-2005	2006-2010	
Hombres					
Infeciosas y parasitarias	43	1,7	12,7	10,3	-19,1
Tumores	870	34,5	232,8	215,0	-7,6 *
Sangre, inmunidad	7	0,3	1,3	1,6	30,2
Endocrinas, nutrición, metabólicas	65	2,6	15,2	14,3	-5,9
Trastornos mentales y comportamiento	47	1,9	11,3	11,4	0,7
Sistema nervioso, ojo y oído	129	5,1	20,4	24,2	19,0
Sistema circulatorio	682	27,0	196,1	159,8	-18,5 *
Sistema respiratorio	305	12,1	82,3	70,0	-15,0 *
Sistema digestivo	132	5,2	33,4	33,1	-0,8
Piel y tejido subcutáneo	10	0,4	1,2	1,4	14,2
Sistema osteomusc. y tej. conjuntivo	16	0,6	4,3	4,0	-7,4
Sistema genitourinario	46	1,8	12,7	11,3	-11,3
Afecciones origin. periodo perinatal	4	0,2	3,3	1,8	-44,2
Malform. congénitas, anom. cromosom.	3	0,1	1,9	3,1	64,5
Mal definidas	24	1,0	11,9	6,6	-44,8 *

Causas externas	140	5,5	52,5	43,2	-17,7 *
Total	2523	100			
Mujeres					
Infecciosas y parasitarias	39	1,6	7,2	5,4	-24,9
Tumores	532	21,6	106,9	101,6	-4,9
Sangre, inmunidad	14	0,6	1,1	1,2	18,2
Endocrinas, nutrición, metabólicas	99	4,0	13,1	11,4	-12,7
Trastornos mentales y comportamiento	104	4,2	10,8	10,9	1,3
Sistema nervioso, ojo y oído	194	7,9	20,8	22,9	10,2
Sistema circulatorio	825	33,5	110,5	92,7	-16,1 *
Sistema respiratorio	274	11,1	33,9	31,6	-6,9
Sistema digestivo	150	6,1	16,7	16,4	-1,7
Piel y tejido subcutáneo	12	0,5	1,7	1,9	15,6
Sistema osteomusc. y tej. conjuntivo	52	2,1	4,9	4,4	-10,0
Sistema genitourinario	61	2,5	7,5	6,4	-14,3
Embarazo, parto, puerperio	0	0,0	.	0,1	
Afecciones origin. periodo perinatal	0	0,0	2,5	0,5	-79,5 *
Malform. congénitas, anom. cromosom.	3	0,1	2,7	2,6	-4,8
Mal definidas	42	1,7	9,5	5,4	-43,7 *
Causas externas	60	2,4	19,5	14,5	-25,9 *
Total	2461,0	100,0			

* Las diferencias son estadísticamente significativas

Las causas de muerte más frecuentes varían dependiendo del grupo de edad como se puede observar en la tabla 5. Entre los **0-19 años**, destacan los accidentes de tráfico, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas. Entre los **20-44 años**, las muertes por accidentes de tráfico, el suicidio, las muertes por intoxicación por drogas de abuso y el cáncer de mama entre las mujeres ocupan las primeras posiciones. Entre los varones de **45-64 años** destacan el cáncer de pulmón e infarto de miocardio mientras que entre las mujeres las 4 primeras causas corresponden a diferentes tipos de cáncer (mama, pulmón, colon y ovario). En la población de **65-84 años**, el cáncer de pulmón continúa siendo la primera causa de muerte en los hombres y la enfermedad cerebrovascular en las mujeres. En el grupo de **más de 85 años**, las enfermedades circulatorias y en particular la enfermedad cerebrovascular aparecen como la primera causa de muerte en ambos sexos.

Tabla 5. Cuatro primeras causas de muerte por grupos de edad y sexo. Periodo 2006-2010.

HOMBRES	Medi a anual	%	MUJERES	Medi a anual	%
0-19 años			0-19 años		
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	4	17,3	Otras malf congénitas y anomalías cromosómicas	2	15,1
Afecciones originadas en el periodo perinatal	4	15,0	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	2	12,3
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	3	11,0	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	1	9,6
Suicidio y lesiones autoinfligidas	2	6,3	Afecciones originadas en el periodo perinatal	1	6,8
Total	25	49,6	Total	15	43,8
20-44 años			20-44 años		
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	17	16,7	Tumor maligno de la mama	5	11,2
Suicidio y lesiones autoinfligidas	13	12,4	Suicidio y lesiones autoinfligidas	4	10,7
Envenenamiento accidental por psicofármacos, drogas de abuso	8	7,6	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	4	9,8
Infarto agudo de miocardio	6	5,8	Tumor maligno de tráquea, brónquios y pulmón	2	5,4
Total	103	42,4	Total	41	37,1
45-64 años			45-64 años		
Tumor maligno de tráquea, brónquios y pulmón	73	18,4	Tumor maligno de la mama	23	13,5
Infarto agudo de miocardio	39	9,9	Tumor maligno de tráquea, brónquios y pulmón	18	10,6
Otras enfermedades del corazón	15	3,8	Tumor maligno del colon	8	4,8
Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado	15	3,7	Tumor maligno del ovario	7	4,1
Total	395	35,9	Total	169	33,1
65-84 años			65-84 años		
Tumor maligno de la tráquea, brónquios y pulmón	135	9,9	Enf. cerebrovasculares	88	9,8
Enf. cerebrovasculares	99	7,2	Otras enfermedades del corazón	60	6,7
Infarto agudo de miocardio	85	6,2	Enf. del Alzheimer	52	5,8
Enf. crónicas de las vías respiratorias (no asma)	85	6,2	Infarto agudo de miocardio	39	4,3
Total	1368	29,5	Total	897	26,7
Más de 85 años			Más de 85 años		
Enf. cerebrovasculares	67	8,7	Enf. cerebrovasculares	152	11,2
Enf. crónicas de las vías respiratorias (no asma)	58	7,5	Insuficiencia cardíaca	109	8,1
Otras enfermedades del sistema respiratorio	48	6,3	Otras enfermedades del corazón	95	7,0
Otras enfermedades del corazón	47	6,2	Otras enfermedades del sistema respiratorio	93	6,9
Total	767	28,7	Total	1354	33,2

La evolución reciente de las 20 causas de muerte más frecuentes de la lista desagregada muestra el importante descenso de las causas de muerte de origen cardiovascular (infarto agudo de miocardio, otras enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca) tanto en hombres como en mujeres. Los descensos de las tasas de mortalidad por estas causas son responsables en buena medida del incremento de la esperanza de vida en Navarra, junto al descenso importante de la mortalidad por accidentes de tráfico.

MORTALIDAD PREMATURA. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS DE 1-70 AÑOS (APVP)

La tasa de APVP de 1-70 años es 2,2 veces más alta entre los hombres que en las mujeres en el periodo 2006-2010. El cáncer, las muertes por causas externas y las enfermedades circulatorias, por este orden, son las principales causas de muerte

prematura en Navarra como se observa en la tabla 6. Entre las mujeres tienen mayor peso las muertes por cáncer y entre los hombres las muertes por causas externas.

La mortalidad prematura por todas las causas ha descendido en torno al 15% en ambos sexos en el último quinquenio (tabla 6). Entre los hombres, la tendencia en el último periodo ha sido descendente para los accidentes de tráfico (-38%), infarto de miocardio (-24%) y el cáncer de pulmón (-9,3%) mientras se mantienen estables la tasa de APVP por suicidio. Entre las mujeres, el cáncer de mama, los accidentes de tráfico, el cáncer de pulmón, y las muertes por suicidio ocupan los 4 primeros lugares como causas de mortalidad prematura. Se observan descensos importantes de la tasa de APVP por accidentes de tráfico (-43%) y suicidio (-28%) mientras que se mantiene estable la tasa por cáncer de pulmón.

En ambos sexos han aumentado las tasas de APVP por cáncer de páncreas.

Tabla 6. Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) de 1-70 años en Navarra por sexos. Tendencias de las causas con mayor tasa de mortalidad en el periodo 2006-2010 entre los hombres y mujeres de Navarra Tasas estandarizadas a la población europea por 100.000 y porcentaje de cambio en 2006-2010 respecto a 2001-2005.

Capítulo CIE-10	%	Tasas ajustadas por 100.000		% cambio de 2006-2010 vs 2001-2005
		2001-2005	2006-2010	
Hombres				
Total APVP	100,0	4273,9	3643,0	-15
Tumores	35,3	1431,0	1284,7	-10
Tumor tráquea, brónquios y pulmón	10,5	422,2	382,8	-9
Tumor maligno encéfalo	3,8	123,0	139,9	14
Tumor hígado y vías biliares intrahep.	2,0	50,6	71,6	42
Tumor maligno del páncreas	1,8	56,3	67,1	19
Causas externas	28,7	1386,8	1047,2	-24
Accidentes de tráfico	10,3	604,2	375,1	-38
Suicidio y lesiones autoinflingidas	7,9	299,7	286,1	-5
Envenenamiento por psico. y drogas	2,8	99,2	100,8	2
Otros accidentes	1,9	100,1	70,5	-30
Ahogamiento, sumersión y sofocación	1,9	79,1	68,7	-13
Sistema circulatorio	16,6	703,5	605,5	-14
Infarto agudo de miocardio	7,3	348,4	264,6	-24
Otras enfermedades del corazón	4,0	132,9	146,1	10
Enf. cerebrovasculares	2,4	94,8	88,9	-6
Sistema digestivo	4,3	180,6	156,9	-13
Cirrosis y otras enf. del hígado	2,6	112,4	96,2	-14
Infecciosas y parasitarias	3,6	165,5	132,6	-20
SIDA	1,9	116,8	69,8	-40
Total causas mas frecuentes	88,6	3867,4	3226,8	-17

Mujeres

Total APVP	100	1903,0	1627,9	-14
Tumores	50,2	863,7	816,7	-5
Tumor maligno de la mama	10,3	182,6	168,4	-8
Tumor tráquea, brónquios y pulmón	7,5	122,3	122,1	0
Tumor maligno de colon	3,6	60,0	58,1	-3
Tumor maligno encéfalo	3,0	67,8	48,1	-29
Tumor maligno del ovario	2,6	59,7	42,3	-29
Leucemia	2,6	34,1	42,1	23
Tumor maligno del páncreas	2,4	28,8	38,6	34
Tumor maligno del estómago	2,0	44,6	32,4	-27
Causas externas	18,2	443,6	296,4	-33
Accidentes de tráfico	8,2	236,7	133,9	-43
Suicidio y lesiones autoinflingidas	5,2	117,8	85,2	-28
Sistema circulatorio	10,6	181,5	171,9	-5
Otras enfermedades del corazón	4,0	53,9	64,8	20
Enfermedades cerebrovasculares	3,4	57,8	54,9	-5
Infarto agudo de miocardio	2,0	36,2	32,4	-10
Infecciosas y parasitarias	4,3	78,5	69,6	-11
Sistema nervioso, ojo y oído	3,9	96,4	64,1	-34
Otras enf. del sistema nervioso	3,5	91,0	56,7	-38
Total causas mas frecuentes	87,2	1663,7	1418,7	-15

MORTALIDAD EVITABLE

Si bien no hay acuerdo unánime respecto a la definición de este concepto ni a la lista de causas de muertes que lo conforman, la característica común a todos los estudios conocidos sobre mortalidad evitable es que se utiliza el concepto como indicador para alertar de posibles disfunciones en los servicios de salud.

En nuestro caso hemos tomado como referencia la lista de consenso para la actualización del indicador en España, publicada por Rosa Gispert et al en 2006 <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/148658-original4.pdf>

No se ha calculado el indicador global de mortalidad evitable para Navarra a partir de ese listado consensuado. Se ha utilizado para identificar las causas de muerte evitables consensuadas y tenerlas en cuenta en la elaboración del Plan de Salud.

CONCLUSIONES**Indicadores que presentan una evolución positiva en el periodo 2006-2010**

- Aumento de la esperanza de vida al nacer que se sitúa en 80,9 en los hombres y 87 años en las mujeres en 2010, encontrándose entre las más altas de las registradas a nivel europeo y mundial. La esperanza de vida al nacer en Navarra es 2 años más alta que la de España.
- Marcado descenso de las tasas de mortalidad entre los 20-50 años.
- Han disminuido las tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares e insuficiencia cardíaca en ambos sexos.

- Continúa el descenso de la mortalidad por cáncer de estómago y cáncer de próstata.
- Importante descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico.
- Se mantiene el descenso de las enfermedades respiratorias.

Indicadores que presentan una evolución negativa en el periodo 2006-2010

- No se observa un descenso sustancial de la mortalidad por los tumores malignos relacionados con el tabaquismo lo que evidencia la necesidad de incrementar los esfuerzos en la lucha antitabáquica. Países como los Estados Unidos o algunos del norte de Europa muestran tasas descendentes de la mortalidad por cáncer de pulmón en ambos sexos en las estadísticas de los últimos años que estarían indicando una mayor efectividad de las estrategias de prevención primaria.

2.2 Morbilidad general

MORBILIDAD EN ATENCION ESPECIALIZADA

Los motivos de alta mas frecuentes durante 2012, se presentan en la tabla siguiente

Tabla GRDs más frecuentes en población residente en Navarra. Año 2102.

GRD - Descripción-	2012	
	N	%
373 PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	3.717	5,51
243 PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	1.700	2,52
541 NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	1.618	2,40
372 PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	1.585	2,35
222 PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	1.265	1,88
127 INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	1.025	1,52
494 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	826	1,23
430 PSICOSIS	729	1,08
544 ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	676	1,00
629 NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR.SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	645	0,96
225 PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	643	0,95
818 SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	634	0,94
371 CESAREA, SIN COMPLICACIONES	603	0,89
101 OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	587	0,87
209 SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA & REIMPLANTE MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO POR C	584	0,87
088 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	582	0,86
359 PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	582	0,86
014 ICTUS CON INFARTO	562	0,83
055 PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	548	0,81

229 PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC	547	0,81
089 NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	528	0,78
162 PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	527	0,78
311 PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	522	0,77
462 REHABILITACION	494	0,73
219 PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	478	0,71
227 PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	466	0,69
087 EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	457	0,68
381 ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	451	0,67
867 ESCISION LOCAL Y EXTRACCION DE DISPOSITIVO FIJACION INTERNA EXCEPTO CADERA Y FEMUR, SIN C	446	0,66
158 PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	436	0,65
224 PROC. HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO, EXC. PROC.MAYOR DE ARTICULACION SIN CC	436	0,65
183 ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	435	0,65
073 OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD>17	433	0,64
361 LAPAROSCOPIA O INTERRUPCION TUBARICA INCISIONAL	392	0,58
082 NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	389	0,58
814 GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC	384	0,57
160 PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	367	0,54
172 NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	360	0,53
410 QUIMIOTERAPIA	354	0,53
006 LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	352	0,52
208 TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	352	0,52
395 TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	352	0,52
775 BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	350	0,52
167 APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	350	0,52
232 ARTROSCOPIA	340	0,50
102 OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	338	0,50
557 TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	334	0,50
816 GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 SIN CC	330	0,49
203 NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PANCREAS	327	0,48
211 PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 SIN CC	319	0,47
50 GRDs más frecuentes	31.757	47,10
Resto de GRDs	35.666	52,90
TOTAL ALTAS	67.423	100,00

Fuente: Registro de Morbilidad Asistida de Navarra.

MORBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los motivos de consulta más frecuentes en A. Primaria, en 2012 se presentan en las dos tablas siguientes, una referida a casos nuevos y la otra a prevalencia

Los 25 episodios nuevos más frecuentes (Incidencia)	Nº CASOS
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA DEL TRACTO RESP.SUPER.	148.435
BRONQUITIS/BRONQUIOLITIS AGUDA	32.744
FIEBRE	24.016
TOS	20.995
CERA EXCESIVA EN EL CONDUCTO AUDITIVO	20.344
SIG/SIN LUMBARES	19.262
DOLOR ABDOMINAL GENRALIZADO/RETORTIJONES	18.513
CISTITIS/OTRAS INFECCIONES URINARIAS	17.027
AMIGDALITIS AGUDA	16.463
CONJUNTIVITIS INFECCIOSA BACTERIANA Y VIRAL	15.970
DERMATITIS DE CONTACTO/ALÉRGICA	15.417
OTITIS MEDIA AGUDA/MIRINGITIS AGUDA	14.688
INFECCIÓN INTESTINAL INESPECIFICA/POSIBLE	13.789
SIG/SIN DE LA RODILLA	13.776
GRIPE	13.638
DIARREA	13.249
LACERACIÓN/HERIDA INCISA	12.865
ASTENIA/CANSANCIO/DEBILIDAD GENERAL	12.521
FARINGITIS/AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA	12.497
SIG/SIN DEL PIE Y SUS DEDOS	12.040
VÉRTIGO/VAHIDO	11.214
SIG/SIN DE DIENTES Y ENCÍAS	10.885
SIG/SIN DE LA GARGANTA/FARINGE/AMÍGDALAS	10.413
BURSITIS/TENDINITIS/SINOVITIS NE	9.982
ENFERMEADES DE LOS DIENTES/ENCÍAS	8.889

Los 25 episodios tocados más frecuentes (Prevalencia)	Nº CASOS
PREVENCIÓN	248.697
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA DEL TRACTO RESP.SUPER.	181.428
HIPERTENSION NO COMPLICADA	76.941
TRASTORNOS DEL METABOLISMO LIPÍDICO	69.248
BRONQUITIS/BRONQUIOLITIS AGUDA	43.862
SIG/SIN LUMBARES	41.226
DIABETES MELLITUS TIPO II	30.997
DEPRESIÓN/TRASTORNOS DEPRESIVOS	28.928
TRASTORNOS DEL SUEÑO	28.664
SIG/SIN DE LA RODILLA	26.615
FIEBRE	25.987
TOS	25.662
CERA EXCESIVA EN EL CONDUCTO AUDITIVO	24.827
DOLOR ABDOMINAL GENRALIZADO/RETORTIJONES	24.456
CISTITIS/OTRAS INFECCIONES URINARIAS	23.558
DERMATITIS DE CONTACTO/ALÉRGICA	22.339
HIPOTIROIDISMO/MIXEDEMA	19.673
ASMA	19.577
AMIGDALITIS AGUDA	19.370
RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS NE	19.171
CONJUNTIVITIS INFECCIOSA BACTERIANA Y VIRAL	18.262
SÍNDROMES LUMBARES/TORÁVICOS CON IRRADIACION DEL DOLOR	17.819
VÉRTIGO/VAHIDO	17.493
OTITIS MEDIA AGUDA/MIRINGITIS AGUDA	17.197
PÚRPURA/ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN	17.173

Fuente: ISIS. Dirección de AP. SNS-O

PACIENTES CRÓNICOS

Durante 2012, se ha llevado a cabo un proceso de segmentación de la población de Navarra en base a unas patologías crónicas identificadas. En la tabla siguiente se presenta el resultado global de la misma.

Número de pacientes identificados por patologías crónicas seleccionadas.

	Una sola enfermedad	Dos enfermedades	Tres o más enfermedades	Demencia + otras enferm.	TOTAL
Asma	31.834	2.477	774	277	35.363
Ictus. Ac. Cerebrovasc.	7.284	6.421	1.059	1.344	16.109
Cardiopatía Isquémica	8.536	8.296	1.651	712	19.195
Insuficiencia Renal	7.109	6.412	1.344	712	15.577
EPOC.	7.558	4.496	1.861	514	14.428
Insuficiencia Cardíaca	2.625	3.516	2.177	672	8.990
Diabetes	24.402	11.719	2.968	1.661	40.749
Demencia	3.539			3.954	7.493
TOTAL	92.887	20.446	3.497	3.954	120.784

2.3. Mortalidad y morbilidad por los principales problemas de salud

2.3.1. CANCER

MORTALIDAD

En 2010, el cáncer ha sido la primera causa de muerte entre los hombres (34,5%) y la segunda entre las mujeres (21,6%), ha originado un total de 1.402 muertes, 870 en hombres y 532 en mujeres.

En el quinquenio 2006-2010 las tasas de mortalidad por cáncer se encuentran por encima de las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias que en quinquenios anteriores ocupaban el primer lugar.

En comparación con el quinquenio anterior la mortalidad por cáncer ha descendido en hombre (-7%), el descenso en mujeres (4,9%) no es estadísticamente significativo. La disminución de las muertes por cáncer de mama (-12%) se compensa con un aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en este colectivo.

En la población de 45-64 años las neoplasias malignas son la principal causa de muerte prematura. El cáncer de pulmón es responsable de aproximadamente 1 de cada 6 muertes en este grupo de edad.

En los varones el cáncer de tráquea bronquios y pulmón es la primera causa específica de muerte con 235 fallecimientos en 2010.

En el quinquenio 2007-2011 el cáncer de pulmón (15%) es la tercera causa de mortalidad prematura, estimada por la tasa de años potenciales de vida perdidos de 1-70 años (APVP), precedida por los accidentes de tráfico y el infarto de miocardio. Entre las mujeres el cáncer de mama, los accidentes de tráfico, cáncer de pulmón ocupan las 3 primeras posiciones como causas de mortalidad prematura.

En el último quinquenio han disminuido de manera significativa las muertes por cáncer de mama (-12%) mientras que han aumentado las tasas de APVP por leucemia (42,9%), cáncer de páncreas (25,5%) y cáncer de pulmón (12%).

MORBILIDAD

Por lo que hace referencia a la morbilidad se presentan a continuación los indicadores de incidencia del último quinquenio analizado, así como los indicadores de supervivencia de los principales tumores de los que se dispone de series completas.

Como veremos el número de casos diagnosticados aumenta a medida que envejece la población y en la evolución se observan tanto indicadores positivos como negativos.

Indicadores positivos:

- Disminución de la incidencia de tumores como el cáncer de estómago en ambos sexos y de los tumores relacionados con el tabaco entre los hombres.
- Aumento de la supervivencia de los pacientes con algunos tipos de cáncer.

Indicadores negativos:

- Aumento del riesgo de ser diagnosticado de cáncer respecto al quinquenio anterior
- Aumento de los cánceres relacionados con el tabaco en mujeres sobre todo el cáncer de pulmón.
- Incremento del cáncer colorrectal en ambos sexos.
- Incremento de cáncer de próstata en hombres en relación a la mayor utilización del PSA
- Descenso de la supervivencia de los pacientes con cáncer de estómago.

Incidencia

Los indicadores de incidencia de Navarra del periodo 1998-2007 que se presentan se comparan con el quinquenio anterior, 1998-2002. El cálculo de las tasas se ha realizado utilizando las poblaciones de Navarra publicadas por el Instituto de Estadística de Navarra, realizándose el ajuste de tasas utilizando la población estándar mundial. La comparación con datos de España y la Unión Europea se ha realizado utilizando los datos publicados por Globocan para el año 2008.

En la tabla 1 se presentan los siguientes datos: Número de casos, tasa bruta, tasa ajustada a la población mundial y tasa truncada (35-64) por 100.000 habitantes. Tasa acumulada de 0 a 74 años por 100.

Tabla 1. Incidencia de tumores malignos Navarra 2003-07.

	Nº casos en el quinquenio	Tasa Bruta	Tasa Ajus.	Tasa Trunc. (35-64)	Tasa Acum. (0-74)
Hombres					
Todas las localizaciones	10.862	734	404	564	48
Todas las localizaciones excepto piel-no melanoma	8.339	563	315	448	38
Mujeres					
Todas las localizaciones	8.222	554	288	551	31
Todas las localizaciones excepto piel-no melanoma	5.786	390	209	405	22

Considerando los riesgos actuales, aproximadamente uno de cada tres hombres y una de cada cinco mujeres residentes en Navarra serán diagnosticados de un cáncer antes de los 75 años, dato que resume el riesgo acumulado de presentar esta enfermedad.

Durante el periodo 2003-2007 se registraron 21.033 nuevos casos de tumores en la población residente en Navarra, representado los tumores malignos in filtrantes un total de 19.084 casos.

Si excluimos piel no-melanoma y lo expresamos en número de casos anuales observamos que al año se diagnostican en Navarra 2.825 cánceres, 1.668 en hombres y 1.157 en mujeres, lo que representa una tasa bruta anual de incidencia de cáncer en el periodo 2003-2007 de 563 y 390 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente y unas tasas ajustadas a la población mundial de 315 en hombres y 209 por 100.000 en mujeres. (Tabla 1).

El 65 % de los cánceres registrados durante este quinquenio en hombres y el 56 % en mujeres se diagnosticaron en personas con más de 65 años. La edad media en el

momento de diagnóstico para todas las localizaciones combinadas fue de 68 años para los hombres (mediana 71 años) y de 66 para las mujeres (mediana 69). Entre los 30 a 49 años, las tasas de incidencia fueron más altas en las mujeres que en los hombres, a expensas del cáncer de mama.

Además de un aumento en el número de casos respecto al quinquenio anterior de un 10%, que coincide con un aumento y envejecimiento de la población de Navarra, al comparar las tasas del quinquenio 2003-2007 respecto al anterior se observó un aumento de riesgo de ser diagnosticado de cáncer. El aumento fue del 1,2% y 3%, en los hombres y mujeres, respectivamente (tabla 2). Entre los hombres, los cánceres más frecuentemente diagnosticados fueron el cáncer de próstata, pulmón, colon y recto, vejiga y estómago que sumaron el 64,1%. Entre las mujeres destacan el cáncer de mama, colon y recto, cuerpo de útero, pulmón y estómago que sumaron el 57,2%.

Tabla 2. Casos incidentes de tumores malignos por sexo y Tasa ajustada a la población mundial (TA (W)) Navarra 2003-2007 frente a 1998-2002.

	Hombres			Mujeres		
	2003-2007		1998-2002	2003-2007		1998-2002
	Nº casos en el quinquenio	TA (W)	TA (W)	Nº casos en el quinquenio	TA (W)	TA (W)
Labio	94	3,3	5,2	11	0,2	0,4
Lengua	43	1,8	2,2	11	0,4	0,7
Boca	48	2,2	2,5	30	1,1	0,9
Glándulas salivales	13	0,6	0,6	7	0,2	0,5
Amígdalas	10	0,4	0,8	4	0,2	0,0
Otros de orofaringe	35	1,6	1,3	2	0,1	0,1
Nasofaringe	21	1,0	0,5	7	0,3	0,1
Hipofaringe	32	1,6	2,7	1	0,1	0,1
Faringe inespecífico	10	0,4	0,6	1	0,0	0,1
Esófago	136	5,5	4,9	15	0,6	0,6
Estómago	411	14,3	15,8	220	5,5	6,7
Intestino Delgado	20	0,8	0,8	22	0,8	0,4
Colon	787	26,8	22,6	551	15,8	14,3
Recto	464	17,1	16,3	277	8,3	7,3
Ano	9	0,4	0,6	9	0,2	0,5
Hígado	217	7,8	7,7	89	2,2	1,9
Vesícula biliar	76	2,4	3,1	123	2,9	3,0
Páncreas	222	8,0	8,3	213	5,4	4,3
Fosa nasal, senos, etc	16	0,5	0,7	5	0,1	0,3
Laringe	263	11,0	13,2	14	0,6	0,4
Tráquea y Pulmón	1350	50,5	51,6	232	8,9	6,9
Otros de órganos torácicos	11	0,5	0,8	5	0,2	0,3
Hueso	18	1,1	1,1	13	0,9	0,5
Melanoma de Piel	150	6,7	6,6	191	8,6	7,5
<i>Piel no melanoma</i>	2523	88,8	88,1	2436	79,8	67,5
Mesotelioma	25	1,1	1,1	17	0,6	1,0
Sarcoma de Kaposi	11	0,4	0,3	3	0,1	0,1
Tejido conjuntivo y tejidos blandos	53	2,0	1,6	30	1,3	2,0
Mama	30	1,0	0,7	1659	69,6	66,2
Vulva				47	1,0	1,7
Vagina				3	0,0	0,1
Cérvix uterino				82	3,8	4,3

Cuerpo uterino				368	13,5	14,6
Útero inespecífico				16	0,6	0,3
Ovario				204	7,5	9,1
Otros órganos genitales femeninos				13	0,5	0,2
Placenta				1	0,1	0,1
Pene	23	0,8	0,7			
Próstata	1743	64,2	56,4			
Testículo	70	4,1	2,6			
Otros genitales masculinos	8	0,4	0,1			
Riñón	223	8,8	9,4	117	4,2	3,2
Pelvis renal	33	1,0	1,2	22	0,5	0,2
Uréter	17	0,5	0,7	5	0,1	0,2
<i>Vejiga *</i>	595	20,8	22,4	97	2,4	2,4
Otros órganos urinarios	7	0,2	0,3	1	0,0	0,1
Ojo	16	0,8	0,7	12	0,6	0,3
<i>Cerebro y Sistema Nervioso</i>	169	7,8	7,6	149	5,7	5,5
Tiroides	56	3,0	2,4	182	9,3	10,1
Glándula adrenal	8	0,6	0,3	4	0,3	0,8
Otros glándulas endocrinas	3	0,1	0,0	1	0,0	0,1
Enfermedad de Hodgkin	57	3,3	2,7	45	2,8	2,5
Linfoma No Hodgkin	231	10,5	10,8	218	7,7	7,5
Enfermedades Inmunoproliferativas	8	0,3	0,1	2	0,1	0,0
Mieloma Múltiple	60	2,0	1,9	76	2,2	1,7
Leucemia linfoide	87	4,1	3,8	41	2,1	2,2
Leucemia Mieloide	68	2,4	3,0	58	2,6	1,9
Leucemia inespecífica	11	0,3	0,4	9	0,2	0,4
<i>Desordenes Mieloproliferativo</i>	20	0,7	0,0	14	0,4	0,0
<i>Síndromes mielodisplásicos</i>	69	2,0	0,0	44	0,9	0,0
Otros e inespecíficos	182	6,0	8,6	193	4,0	5,4
Todas las localizaciones	10862	404,0	399,7	8222	288,2	269,8
Todas las localizaciones sin piel	8339	315,2	311,4	5786	208,5	202,2

* En tumores de vejiga solo se han incluido los invasivos

En el último quinquenio ha aumentado la incidencia de cáncer de próstata en hombres, el colorrectal en ambos sexos y el cáncer de pulmón entre las mujeres. El cáncer de pulmón ha pasado a ocupar el cuarto lugar en frecuencia en el periodo 2003-2007 entre las mujeres. El resto de cánceres mantienen unas tasas bastante estables en ambos sexos mientras que continúa descendiendo el cáncer de estomago en ambos sexos.

Si nos comparamos con las tasas observadas en otras regiones y países Navarra presentaría unas tasas de incidencia global de cáncer entre los varones, más alta que las que se han estimado para España y para los 27 países de la Unión Europea (UE) y más baja que la estimada para Estados Unidos (EEUU) (Tabla 3).

Tabla 3. Tasas de incidencia de cáncer (por 100.000 habitantes) ajustadas a la población mundial. Navarra 2003-2007, y estimaciones para el 2008 para España, Unión Europea (27 países) y EEUU 2008 (Ferlay 2012).

Localización (CIE9)	Navarra 2003-2007	España 2008	Unión Europea_27 2008	EEUU 2008
Hombres				
Esófago (C15)	5,5	5,2	5,9	5,8
Estómago (C16)	14,3	12,1	11,1	5,7
Colon y Recto (C18-C21)	44,3	39,7	39,9	34,1
Páncreas (C25)	8,0	7,0	7,9	8,0
Pulmón (C33-C34)	50,5	53,3	47,4	49,5
Melanoma Cutáneo (C43)	6,7	4,8	8,9	16,3
Próstata (C61)	64,2	57,2	69,5	83,8
Vejiga Urinaria (C67)	20,8	27,7	17,9	21,1
Sistema Nervioso Central (C70-C72)	7,8	6,4	6,5	6,3
Enf Hodgkin (C81)	3,3	2,7	2,3	2,6
Linfoma no hodgkiniano (C82-C85, C96)	10,5	9,6	9,8	16,3
Mieloma (C88+C90)	2,3	3,4	3,6	4,8
Leucemias (C91-C95)	6,8	8,2	8,7	12,1
Todas localizaciones excepto piel no melanoma	315,2	309,9	308,0	335,0
Mujeres				
Esófago (C15)	0,6	0,7	1,4	1,2
Estómago (C16)	5,5	5,3	5,2	2,8
Colon y Recto (C18-C21)	24,3	22,9	25,2	25,0
Páncreas (C25)	5,4	4,1	5,4	6,1
Pulmón (C33-C34)	8,9	7,7	16,0	36,2
Melanoma Cutáneo (C43)	8,6	5,6	9,4	12,7
Mama (C50)	69,6	61,0	77,1	76,0
Cuello uterino (C53)	3,8	6,3	9,0	5,7
Cuerpo de útero (C54)	13,5	10,9	11,7	16,5
Ovario (C56)	7,5	8,0	9,7	8,8
Vejiga Urinaria (C67)	2,4	3,2	3,7	5,8
Sistema Nervioso Central (C70-C72)	5,7	4,3	4,9	4,9
Enf Hodgkin (C81)	2,8	2,0	2,0	2,2
Linfoma no hodgkiniano (C82-C85, C96)	7,7	7,3	7,0	11,5
Mieloma (C88+C90)	2,3	2,8	2,6	3,0
Leucemias (C91-C95)	4,9	6,0	5,8	7,9
Todas localizaciones excepto piel no melanoma	208,5	187,0	233,3	274,4

Las tasas en las mujeres estarían por encima de las estimadas para España y por debajo de las estimadas para la Unión Europea y los EEUU. Las bajas tasas de cáncer de pulmón y mama de las mujeres de Navarra en comparación a las tasas de la UE y EEUU explican en buena medida los datos.

Supervivencia

La supervivencia hace referencia al número de años que viven las personas tras el diagnóstico, suele medirse de diversas maneras dependiendo del objetivo previsto.

En la tabla 4 se presentan los datos de supervivencia relativa a los 5 años del diagnóstico, mide el exceso de mortalidad asociado al diagnóstico de cáncer. Se calcula comparando la supervivencia observada en la población diagnosticada con la esperada en la población general que no tiene cáncer. Para mostrar los cambios en la supervivencia, se comparan los datos referidos a los pacientes diagnosticados en el

quinquenio 2000-2005 con los diagnosticados en el periodo 1995-1999, con un seguimiento activo en la variable estado vital al menos hasta el 2010.

Tabla 4. Supervivencia relativa de cáncer a 5 años del diagnóstico en porcentaje.

	1995-1999		2000-2005	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Todas las localizaciones	47	61	50	60
Estómago	32	37	30	32
Colon y Recto	54	57	60	57
Pulmón	12	15	12	20
Mama	-	86	-	87
Cuerpo de útero	-	77	-	82
Próstata	79	-	85	-

Considerando a todos los pacientes con cáncer de manera conjunta, la supervivencia relativa a los 5 años por sexos fue: 50% para los hombres y 60% para las mujeres.

Respecto al quinquenio anterior se observa un aumento de la supervivencia en los hombres y un estancamiento en las mujeres.

La comparación de datos globales de supervivencia de todos los pacientes con cáncer no es muy representativa ya que resumen el pronóstico de diversos tumores cada uno de los cuales se comportan de forma muy distinta por lo que técnicamente se considera más adecuado valorar este indicador por localizaciones concretas.

Como ocurre en otras latitudes, las mujeres de Navarra presentan tasas de supervivencia por cáncer más altas que los varones.

El estancamiento de la supervivencia entre las mujeres en el periodo 2000-2005 se explica en buena medida por el mayor peso relativo de tumores de muy baja supervivencia como el cáncer de pulmón que esta aumentando entre las mujeres.

Respecto a la evolución reciente de las tasas de supervivencia de los cinco tipos de cáncer más frecuentes, señalar la mejora de la supervivencia en el cáncer colorrectal y del cáncer de próstata en los hombres y el pulmón y cuerpo de útero en mujeres. Es necesario analizar con detenimiento la disminución de la supervivencia de los pacientes con cáncer de estómago en ambos sexos, que podría explicarse por una modificación en el estadiaje o variaciones en el case-mix.

2.3.2. ENFERMEDADES VASCULARES Y DIABETES

Las enfermedades vasculares y la diabetes son enfermedades con elevada morbilidad e importantes causas de mortalidad prematura.

Además del impacto sobre la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, estas enfermedades son responsables de importantes costes, tanto directos como indirectos, así como de pérdidas elevadas de productividad laboral.

MORTALIDAD

En 2010, el 27% de las muertes de los hombres y el 33,5% de las muertes de las mujeres se debieron a enfermedades del sistema circulatorio.

A partir de los 85 años, las enfermedades circulatorias y en particular la enfermedad cerebrovascular aparecen como la primera causa de muerte en ambos sexos. Entre la población de 65-84 años, la enfermedad cerebrovascular es la segunda causa de muerte en los hombres y la primera en las mujeres.

La evolución reciente de las 20 causas de muerte más frecuentes de la lista desagregada muestra el importante descenso de las causas de muerte de origen cardiovascular (infarto agudo de miocardio, otras enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca) tanto en hombres como en mujeres. Los descensos de las tasas de mortalidad por estas causas son responsables en buena medida del incremento de la esperanza de vida en Navarra, junto al descenso importante de la mortalidad por accidentes de tráfico.

La diabetes como tal tiene un peso mucho menor en la mortalidad, entre un 2 y un 3% según el sexo en 2010. Su importancia radica en su capacidad de generar complicaciones y entre ellas el incremento del riesgo vascular.

MORBILIDAD

Se detallan aspectos concretos de la diabetes y de las patologías más importantes por su frecuencia y por su impacto en salud: Riesgo vascular, Ictus, Insuficiencia cardíaca y Fibrilación auricular.

RIESGO VASCULAR

El objetivo fundamental de la intervención en los factores de riesgo vascular en la población es disminuir la incidencia de muerte prematura por enfermedad vascular (EV) en base al retraso en el tiempo o evitación de eventos a nivel coronario, cerebral, periférico o en cualquier otra localización. Esto es posible debido a que en una mayoría de casos la EV está relacionada con hábitos de vida (sedentarismo, alimentación no saludable, tabaco) y factores modificables que actúan de forma insidiosa y progresiva deteriorando la pared vascular a lo largo de muchos años. Por ello, es necesario una estrategia de intervención sostenida poblacional e individual desde la infancia hasta la senectud que incida en la evitación o control de dichos hábitos y factores de riesgo.

Entre los factores modificables destaca la hipertensión arterial (HTA) y las dislipemias. Ambas tienen en nuestra población una gran relevancia epidemiológica (Tablas 1 y 2).

La HTA tiene impacto en la EV en su conjunto, pero de forma fundamental en la enfermedad cerebrovascular. Tanto la prevención y tratamiento de la HTA como de las dislipemias deben estar incluidos siempre en el marco más amplio de la prevención de EV.

Las dislipemias pueden estar en relación con otras enfermedades (dislipemias secundarias) o con la interacción entre predisposición genética y los factores del entorno. La identificación e intervención en las personas con predisposición genética y con alto riesgo global de EV debe seguir orientando la acción asistencial de los servicios sanitarios.

La diabetes tipo 2, es un proceso que incide directamente en el pronóstico vascular. Su adecuado control, en un contexto de buen manejo conjunto de los factores de riesgo vascular, es decisivo. Su relación epidemiológica con la obesidad central es determinante y debe tenerse en cuenta para lograr mejorar la prevención y tratamiento de la diabetes. Para ello son claves la alimentación saludable y la actividad física.

Actualmente la Insuficiencia Renal y Cardíaca se consideran situaciones evolutivas finales en relación a la diabetes, a los propios factores de riesgo (HTA) o a sus manifestaciones vasculares (cardiopatía isquémica, lesión vasculorenal...). En estos últimos años, su detección y correcto manejo se han mostrado relevantes en la calidad y seguridad de la atención al paciente pluripatológico.

La prevalencia en nuestra población de los principales factores de riesgo vascular se recoge en la Tabla 1:

Tabla 1. Prevalencia poblacional de factores de riesgo en Navarra en población de 35-84 años.

	HTA	HLP	DME	Sobrepeso obesidad	Tabaco
Hombres	53,1	41,1	28,0	77,3	27,7
Mujeres	38,8	37,3	15,7	55,7	18,9
Global	45,3	39,0	21,2	65,6	22,9

Fuente: Estudio Riesgo Vascular Navarra (RIVANA) 2004

EVOLUCIÓN 2006-2012

La evolución de la prevalencia de factores de riesgo y enfermedades vasculares identificadas y codificadas en la HCE de atención primaria a lo largo de los últimos años se resume en la tabla 2:

Tabla 2. Evolución de la prevalencia de Factores de riesgo y enfermedades vasculares identificadas en Atención Primaria.

Diagnósticos identificados CIAP	2006	2008	2010	2012	Prevalencia (%) en 2012
FACTORES DE RIESGO					
Hipertensión	85.339	91.836	98.004	101.619	16,1%
Diabetes	27.112	31.515	33.874	36.699	5,80%
Dislipemias	79.648	98.158	110.841	123.078	19,50%
ENFERMEDAD VASCULAR					
Cardiopatía isquémica	14.577	15.805	15.868	16.558	2,60%
Enferm. cerebrovascular	10.062	12.115	12.925	13.902	2,20%
Arteriopatía periférica	5.860	7.213	7.987	9.082	1,44%
Insuficiencia renal		5.318	7.521	9.842	1,56%
Insuficiencia cardíaca		5.484	5.923	5.978	0,94%

Fuente: Cartera de Servicios Centros de Salud

Guías

Durante los últimos años se han actualizado las recomendaciones de manejo de factores de riesgo y enfermedad vascular en función de nuevas evidencias y de la actualización de las Guías Europeas de Prevención cardiovascular de 2007: adaptación española en 2008 y 2012.

ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son todas aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular. Su manifestación aguda se conoce con el término ictus. Existe común acuerdo de evitar términos más confusos o menos explícitos, como “accidente vascular cerebral” o similares, y optar por el término ictus en analogía con el uso del vocablo “*stroke*” en inglés.

El ictus es un problema de salud pública de primer orden. Según el análisis de los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta en los países desarrollados y la segunda de demencia. Muchos de los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes, que les limitan en sus actividades de la vida diaria. Su morbimortalidad no sólo ocasiona sufrimiento a los pacientes y a sus familiares, sino que además lastra gravemente la economía de la sociedad.

Los ictus isquémicos representan entre el 80 y el 85 % de todos los ictus, mientras que el 15-20% restante obedecen a una hemorragia.

Según la duración del proceso isquémico, se diferencian dos tipos de **isquemia cerebral focal**: el ataque isquémico transitorio (AIT) y el infarto cerebral. Se define el AIT como un episodio de isquemia cerebral focal o monocular de duración inferior a 24 horas, mientras que el infarto cerebral produce un déficit neurológico que persiste más de 24 horas, indicando la presencia de necrosis tisular. Se presentan muchas objeciones a esta definición, porque la mayoría de las veces la duración es mucho menor, por la existencia en algunos casos de lesión en los estudios de neuroimagen y por la falsa sensación de benignidad que proporciona la definición.

Existen varios estudios de **incidencia** de ictus. Aumenta progresivamente con la edad, y es algo más alta en los varones que en las mujeres. El último estudio publicado en España realiza una aproximación a la incidencia poblacional de las ECV en el año 2002 en Cataluña. Da una tasas de incidencia acumulada de ECV de 218 por 100.000 (IC del 95%, 214-221) en varones y de 127 por 100.000 (IC del 95%, 125-128) en mujeres.

La incidencia del AIT es más difícil de conocer porque un porcentaje importante de pacientes que los sufren no consultan al médico

En lo que respecta a la **prevalencia** del Ictus, un metanálisis publicado en 2006, sobre siete estudios realizados en mayores de 70 años en España, daba una tasa de prevalencia ajustada por edad de 5,6% en mujeres y 7,3% en hombres. Con la edad se producía un aumento de la prevalencia, particularmente entre las mujeres.

A lo largo de la historia de la medicina, el Ictus ha estado asociado a una connotación de mal pronóstico y de imposibilidad de recuperación. Sin embargo, en las dos últimas décadas se ha producido un cambio espectacular tanto en las acciones de prevención, pero, sobre todo en cómo debe realizarse el manejo de los pacientes, lo que ha llevado a una disminución marcada de mortalidad y secuelas. Probablemente, el aspecto más interesante de este cambio es que no ha venido asociado por la aparición de fármacos mucho más efectivos o de nuevas técnicas quirúrgicas, como ha ocurrido en otras áreas de la medicina, sino que, aunque ha habido estas innovaciones, la nueva situación se ha debido a la mejora en las fórmulas de organización y atención sanitaria.

Hace algo más de una década que la oficina regional europea de la OMS, junto con organismos científico-técnicos, estableció unos objetivos de mejora en la atención

sanitaria en Europa del ictus, que se han ido renovando, y han supuesto el marco referencial de los centros que atienden a este tipo de pacientes.

INSUFICIENCIA CARDIACA

El aumento de la esperanza de vida y la cronificación de los procesos más frecuentemente presentes en la alteración de la función cardiaca, como son la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial, ocasionan el continuo aumento de prevalencia de insuficiencia cardiaca (IC) en nuestra población.

El objetivo en la intervención de los servicios de salud en el paciente con IC es mejorar la supervivencia y calidad de vida del paciente. En dicha calidad de vida tiene un impacto fundamental la reiteración de ingresos hospitalarios que en fases avanzadas se producen en este proceso. Así mismo, la IC está presente en un alto porcentaje de pacientes crónicos pluripatológicos, añadiendo complejidad a su manejo.

Situación actual

En la actualidad la prevalencia estimada de IC en nuestra población es del 2% de la población adulta y al 6-10% de los mayores de 65 años, siendo la causa más frecuente de ingreso hospitalario en mayores de 65 años.

En la evaluación de coberturas de cartera de servicios de 2011 se identificaron 5.914 diagnósticos de IC codificados en la Historia Clínica de Atención Primaria.

Un 77,6% de ellos tienen tratamiento con betabloqueantes y/o IECA-ARA II (básicos en el manejo de la IC con disfunción sistólica).

La media de pacientes identificados por el profesional de medicina de AP es de 13. Se sabe de la existencia de infradiagnósticos en AP porque se hace el seguimiento de pacientes con IC sin que se cree es código, se mantienen códigos CIAP previos de enfermedad coronaria o HTA.

En 2011 hubo 1.407 altas en los Centros Hospitalarios de Navarra que incluían el diagnóstico de IC, el 77% de ellos en Servicios de Medicina Interna.

FIBRILACION AURICULAR

La Fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en nuestra población. Su prevalencia aumenta progresivamente con la edad, superando el 10% por encima de los 75 años. Dicha prevalencia es especialmente significativa en los pacientes con hipertensión arterial (HTA), hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y/o insuficiencia cardiaca (IC).

El riesgo relativo de presentar un accidente vascular cerebral se multiplica de forma importante en el paciente con FA (hasta x 5). Si la FA se asocia a HTA (hasta x 12). En nuestra población este dato es relevante, ya que la mortalidad de origen cerebrovascular es alta, de hecho se mantiene próxima a la cardiovascular. Mejorar el control de la HTA y de la FA es decisivo en nuestro medio para la prevención de la enfermedad cerebrovascular.

La llegada al mercado farmacológico de nuevos fármacos para el control del ritmo/frecuencia y de anticoagulantes orales que no precisan control sistemático de coagulación, exige una evaluación detenida de sus indicaciones, contraindicaciones, cambios asistenciales que permiten y coste para incorporarlos de forma racional.

Aproximadamente el 70% de las personas anticoaguladas, lo son por FA. Este porcentaje va aumentando progresivamente, en función del envejecimiento poblacional, pero carecemos de datos actualizados.

Tabla 3. Evolución de los pacientes con tratamiento anticoagulante.

AÑO	2005	2008	2011
PACIENTES ANTICOAGULADOS	6.295	9.276	11.970

Revisadas en marzo 2011 los motivos de consulta no presencial en cardiología, la FA supone el 5% de las interconsultas.

DIABETES

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, más de 180 millones de personas en el mundo tienen diabetes, siendo probable que se duplique este dato antes del 2030. La prevalencia estimada de Diabetes en nuestro país se sitúa en torno a un 6,5% para la población entre los 30 y 65 años, oscila en diversos estudios entre el 6 y el 12%.

Incidencia y prevalencia

Diabetes tipo 2

No se dispone de datos sobre incidencia real de Diabetes tipo 2 en Navarra ni en España. En cuanto a la prevalencia, el estudio di@bet.es, el más reciente que se ha llevado a cabo en España, muestra una prevalencia del 13,8%, casi la mitad de los casos (6%) no diagnosticados. La prevalencia en Navarra fue del 9,5%, el 2,4% desconocida.

Tabla 4. Datos del estudio di@bet.es por edad y sexo en España.

Grupo de Edad	Prevalencia Diabetes conocida hombres	Prevalencia Diabetes conocida mujeres	Prevalencia Diabetes desconocida hombres	Prevalencia Diabetes desconocida mujeres
18-30	0,32	0,27	0	0,31
31-45	2,15	0,93	4,53	1,28
46-60	11,9	6,60	11,9	4,32
61-75	24,8	18,7	17,6	11,1
>76	20,7	23,2	16,7	18,1

Los casos diagnosticados de diabetes tipo 2 y controlados en los Centros de Salud en Navarra son 34.444.

La prevalencia de diabetes autorreferida en Navarra, según la ENS 2011/12, es del 5,0%.

Diabetes tipo 1

Según los últimos datos disponibles, correspondientes al periodo 2009-2011, la incidencia en Navarra es de 8,7/100.000 habitantes/año. En niños menores de 15 años, la incidencia es de 20,2 (IC: 15,1-25,5), en 2002 era de 22,4/100.000 habitantes/año.

Tabla 5. Incidencia de diabetes tipo 1 por grupos de edad y sexo. Navarra 2009-2011.

GrupoEdad	Global	IC95%	Varones	IC95%	Mujeres	IC95%	P
0-4 años	13.61	6.5-20.7	7,58	0,15-15,0	19,95	7,6-32,3	0,109
5-9 años	17.39	9.1-25.6	14,02	3,63-24,4	20,92	7,95-33,8	0,467
10-14 años	31.03	19.5-42.5	41,16	22,7-59,7	20,43	7,1-33,7	0,059
15-29 años	15.58	11.3-19.9	22,42	15,2-29,6	8,34	3,8-12,8	0,001
30-44 años	8.06	5.5-10.6	9,48	5,69-13,3	6,50	3,2-9,8	0,150
≥45 años	2.33	1.29-3.4	2,32	0.8-3.84	2.35	0,89-3.79	0,819
Global	8.75	7.4-10.1	10,48	8,4-12,5	7,01	5,3-8,7	0,011

Se estima que en Navarra hay en seguimiento unos 1.800-2.000 pacientes.

La prevalencia de diabetes tipo 1 es de un 0,3% de la población.

Actividad hospitalaria

- Número de pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados concertados de Navarra en 2011 con la diabetes como diagnóstico primario: 382. Hombres: 225, Mujeres: 157.
- Número de pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados concertados de Navarra en 2011 con la diabetes como diagnóstico secundario: 6.525. Hombres: 3.625, Mujeres: 2.900.

Complicaciones de la diabetes

Diabetes tipo 1

Sobre los 1.428 pacientes diagnosticados de diabetes en el Complejo Hospitalario de Navarra la retinopatía diabética, la nefropatía y en tercer lugar la neuropatía periférica son las complicaciones más frecuente de los diabéticos tipo 1 (Tabla 6)

Tabla 6.

Complicaciones Crónicas	% (1.428)
Retinopatía	30,67
Nefropatía	16,59
Neuropatía Periférica	11,69
Arteriopatía Periférica	3,85
Neuropatía Autonómica	5,74
Úlcera/Amputación	1,82
Cardiopatía	
Isquemica(Angor/Infarto)	3,01
Enf.Cerebrovascular(AIT/Ictus)	2,45

Diabetes tipo 2

La Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud recoge los siguientes datos sobre complicaciones, referidos a 2009:

- Complicaciones agudas: tasa de altas tras cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetósico e hipoglucemia: 2,9 casos/1.000 personas.

- Complicaciones crónicas: La incidencia acumulada de cardiopatía isquémica en pacientes con diabetes, a 10 años, oscila entre 14,7 y 17%. Los datos de arteriopatía periférica oscilan entre 5,6 y 24,5% y los de ictus entre 3,3 y 11,8%. En total, la ECV afecta al 10,5-19,8% de los diabéticos.
- La microangiopatía: retinopatía diabética (RD): Afecta al 40% de pacientes diabéticos (tipo 1 y 2), RD proliferativa: 4-6%, edema macular: 1,4-7,9%. Nefropatía: microalbuminuria: 24,5%.
- Polineuropatía distal a 10 años: Diabetes tipo 1: 12,9%; tipo 2: 24,1%.
- Pie diabético: tasa de amputaciones de miembros inferiores: 4,7 en hombres; 1,7 en mujeres por cada 1.000 personas diabéticas.
- Disfunción eréctil: Afecta al 35-45% de los hombres con diabetes.

Control del riesgo vascular en pacientes diabéticos:

- Diabéticos tipo 1:

Fumadores	355	26,7%
HTA	333	24,4%
Hiperlipemia	777	58,1%
Obesidad	117	9,1%

- Diabéticos tipo 2 (datos de 2008):
 - Pacientes con DM + HTA: 17.157 (8.421 hombres y 8.736 mujeres)
 - Pacientes con DM + Hipercolesterolemia: 12.967 (7.003 hombres y 5.964 mujeres)
 - Pacientes con DM + Obesidad: 11.977 (6.110 hombres y 5.867 mujeres)
 - Pacientes con DM + tabaquismo: 4.632 (3.758 hombres y 874 mujeres)

2.3.3 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

La **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)** es un proceso caracterizado por una limitación crónica al flujo aéreo lentamente progresiva y poco reversible. El término EPOC se reserva a los casos en que la obstrucción ha sido demostrada por la espirometría y se han descartado otras causas específicas de obstrucción bronquial.

Tiene una fuerte relación con el tabaco, la mayor parte de los enfermos con EPOC han sido fumadores con un consumo de más de 20 paquetes-año y un 15-20% de las personas fumadoras desarrollará la enfermedad. Suele manifestarse a los 30-40 años de fumar, habitualmente entre la quinta y sexta décadas de la vida. En un 1% de los pacientes con EPOC la causa es un déficit de alfa-1-antitripsina y en ciertas ocasiones determinadas exposiciones ocupacionales pueden estar implicadas.

El **Asma** es un trastorno inflamatorio crónico de la vía aérea en la cual participan diversas células y elementos celulares. La inflamación crónica está asociada a un aumento en la hiperreactividad de la vía aérea que conduce a episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, y tos, particularmente en la noche o temprano en la mañana. Estos episodios se asocian generalmente a la obstrucción generalizada pero variable en el flujo aéreo pulmonar que es frecuentemente reversible espontáneamente o con el tratamiento.

El asma es un problema en todo el mundo con un número estimado de 300 millones de individuos afectados pero la carencia de una definición precisa y universalmente aceptada hace que una comparación de las publicaciones de prevalencia en distintas

poblaciones o partes del mundo sea problemática. Es necesario señalar que cada vez se está dando más importancia al medio ambiente como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

MORTALIDAD

Considerando la clasificación de los grandes grupos de mortalidad de la CIE-10, las enfermedades respiratorias ocupan en Navarra el tercer lugar, tanto en hombres como en mujeres con un 12,2% sobre el total en hombres y un 10,2 % en mujeres (Tabla1).

Tabla 1. Mortalidad por grandes grupos de causas de la CIE-10 en Navarra y España en el periodo 2002-2011. Tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000.

Enfermedades del sistema respiratorio				
	% sobre el total de defunciones en 2011	Tasa de Navarra 2007-2011**	Tasa de España 2009**	Tasa de Navarra respecto a España
Hombres	12,2	67	76	-11*
Mujeres	10,2	31	32	-5

*Diferencia estadísticamente significativa

**Tasa ajustada a la población europea

Fuente: Instituto Salud Pública y Laboral de Navarra.

Globalmente las tasas de mortalidad descienden respecto al quinquenio anterior (Tabla 2).

Tabla 2. Mortalidad por causas en Navarra. Número de defunciones, tasas ajustadas por edad a la población europea/100.000 y porcentaje de cambio de las tasas del periodo 2007-2011 respecto a 2002-2006

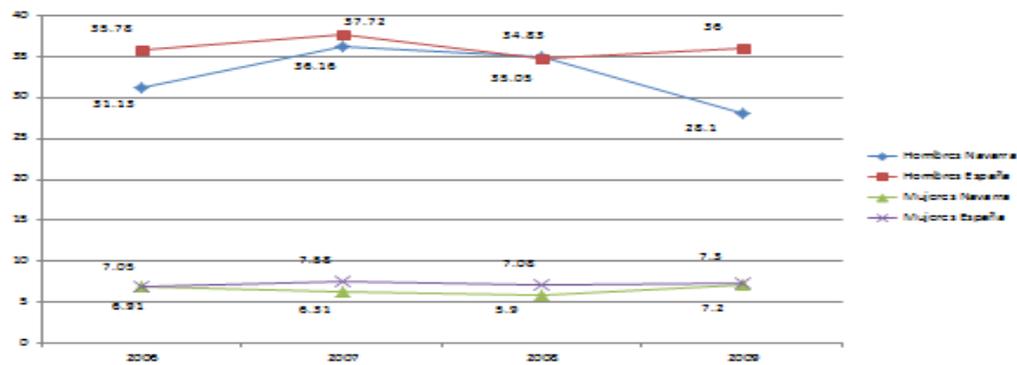
	Número anual		Tasa ajustada pob. europea		% cambio tasas
	2002-2006	2007-2011	2002-2006	2007-2011	
Enfermedades del sistema respiratorio					
Hombres	350	337	81	67	-17*
Mujeres	271	287	34	31	-10
Enfermedades crónicas respiratorias (excepto asma)					
Hombres	155	149	35	30	-14*
Mujeres	44	41	6	5	-13
Asma					
Hombres	2	5	1	1	66
Mujeres	10	12	1	2	22

*Las diferencias son estadísticamente significativas

Fuente: Instituto Salud Pública y Laboral de Navarra.

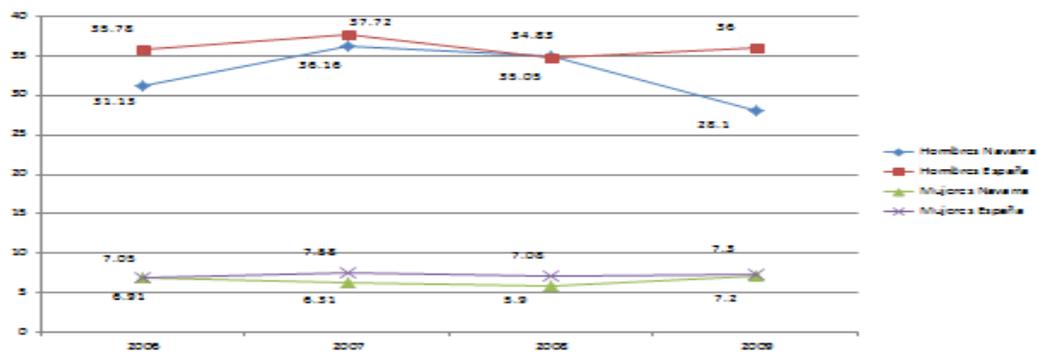
En la tasa de mortalidad ajustada por edad y en mortalidad prematura, Navarra se encuentra ligeramente mejor que el resto de España.

EPOC: Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes



Fuente: Defunciones según causa de muerte. INE y elaboración del MSSSI

EPOC: Tasa de mortalidad ajustada por edad, por 100.000 habitantes < 75 años (mortalidad prematura)



Fuente: Defunciones según causa de muerte. INE y elaboración del MSSSI

MORBILIDAD**EPOC**

Según el estudio **IBERPOC**, publicado en 1999, la EPOC presenta en nuestro país una prevalencia del 9% en sujetos entre 40 y 69 años de edad. De los casos diagnosticados mediante espirometría, el 78% desconocía que padecía la enfermedad y solo el 39% de los enfermos recibía un tratamiento adecuado por lo que se cree que la detección y tratamiento precoces podrían retrasar el deterioro de la función pulmonar y proporcionar una mayor calidad de vida y autonomía a las personas afectadas por la misma.

Se trata por tanto de una enfermedad infradiagnosticada y con una elevada morbimortalidad que supone un problema de salud pública de gran magnitud.

Representa un elevado coste sanitario, constituye una importante causa de muerte y se prevé que su prevalencia siga aumentando.

Desde hace poco tiempo se dispone de nuevos datos sobre la distribución actual de la EPOC en España, obtenidos del estudio **EPI-SCAN**, cuya recogida de datos se realizó en 2006-2007.

Comparado con el estudio IBERPOC, el infradiagnóstico de la enfermedad en España se ha reducido solo ligeramente, del 78 al 73%, pero sí se apreció una gran reducción del infratratamiento dentro de este periodo de casi 10 años, pasando del 81 al 54%.

Según datos del EPI-SCAN, se estima que 2.185.764 españoles entre 40 y 80 años de edad presentan EPOC: 1.571.868 hombres y 628.102 mujeres. Puesto que el mismo estudio estima que el 73% aún no está diagnosticado, puede decirse que más de 1.595.000 españoles aún no saben que padecen EPOC y, por tanto, no reciben ningún tratamiento para su enfermedad.

El reciente estudio **AUDIPOC-España** sobre las exacerbaciones por EPOC que ingresan en los hospitales públicos españoles ha demostrado que estos pacientes presentan muchas comorbilidades, elevado número de ingresos en el año previo y un elevado porcentaje de reingresos a los 90 días, siendo destacable que Navarra es la CCAA en la que este porcentaje es mayor. La causa de reingreso en la mayoría de los casos es la propia EPOC, la mortalidad durante el ingreso es del 5%, la mortalidad en el seguimiento a 90 días del 6,9% y la global del 11,3%, siendo algo superior en nuestra Comunidad (Tablas 3,4 y 5).

Tabla 3. Comorbilidad e ingresos por EPOC

	Número de casos	Min	Max	Q1	Mediana	Q3
Comorbilidades. Índice de Charlson (IC)						
Navarra	124	1.00	8.00	1.00	2.00	3.00
España	5178	1.00	15.00	1.00	2.00	4.00
Número de ingresos por EPOC en los últimos 10 meses						
Navarra	62	1.00	8.00	1.00	2.00	3.00
España	1870	1.00	12.00	1.00	2.00	3.00
Duración del ingreso						
Navarra	124	1.00	37.00	6.00	8.00	11.50
España	5178	1.00	130.00	6.00	8.00	12.00

Fuente: Estudio AUDIPOC-España

Tabla 4. Reingresos y mortalidad por EPOC

	Número de casos	Frecuencia	Porcentaje
Reingreso en 90 días			
Navarra	118	55	46.61
España	4919	1835	37.30
Reingreso por EPOC en 90 días			
Navarra	118	47	39.83
España	4919	1385	28.16
Mortalidad en el hospital			
Navarra	124	6	4.84
España	5178	259	5.00
Mortalidad a los 90 días de seguimiento			
Navarra	118	10	8.47
España	4919	341	6.93

Fuente: Estudio AUDIPOC-España

Tabla 5. Éxitus total en los 90 días desde el ingreso

Función de distribución de Kaplan-Meier			
	Estimación a los 90 días %	IC superior	IC inferior
Navarra	12.10	19.26	7.48
España	11.29	12.20	10.44

Fuente: Estudio AUDIPOC-España

ASMA

A pesar de la existencia de múltiples informes sobre la prevalencia del asma en poblaciones muy diferentes, la carencia de una definición universalmente aceptada hace imposible su comparabilidad.

En el estudio IBERPOC, que evaluó personas entre 40 y 69 años de edad, un 4,9% declaró haber sido diagnosticado de asma, siendo la prevalencia mayor en las mujeres. En adultos la prevalencia es inferior en comparación con la de los países anglosajones y centroeuropeos. En Navarra esta enfermedad afecta a entre un 4-6% de la población, lo que supone alrededor de 30.000 personas.

El Estudio Europeo de Salud Respiratoria en nuestro país constató unas tasas muy variables de unas regiones a otras (4,7% en Albacete, 1% en Huelva), que un 52% de las personas con asma no habían sido diagnosticadas y que hasta un 26% de éstas, a pesar de padecer síntomas frecuentes, no seguía ningún tratamiento.

En España la prevalencia de síntomas asmáticos se ha mantenido constante durante los últimos años en la población de 13-14 años, mientras que ha sufrido un aumento significativo en el grupo de 6 a 7 años. El 10% de los padres refieren que sus hijos de 6-7 años han sufrido sibilancias el año anterior. La OMS-Europa tiene en estudio esta patología por ser una de las enfermedades en las que se ha registrado un aumento en la edad infantil.

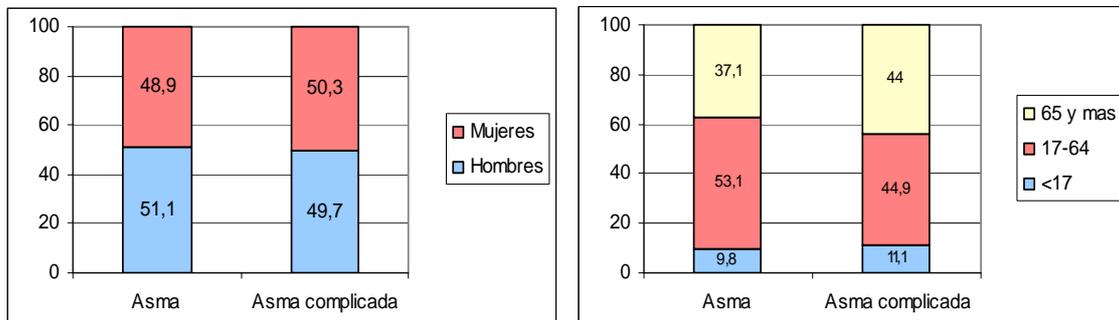
En 2012, se procedió a hacer una segmentación de la población Navarra en base a unas patologías crónicas identificables entre las que se incluyó el asma. Se detectaron 36.597 pacientes con diagnóstico de Asma, de los cuales 4.763 tenían otra u otras enfermedades crónicas.

Se analizó el comportamiento en cuanto a consumo de recursos y grado de descontrol (atenciones en urgencias o ingresos no programados) de los 31.834 pacientes que solo tenían diagnóstico de Asma viendo que un 71,7% de ellos tenían un Asma Controlada y un 28,4 % tenían un Asma Complicada.

La edad media de los pacientes con asma era de 31 años, siendo un 51,1% varones y un 48,9% mujeres. El porcentaje de pacientes mayores de 65 años era de 9,8% y el de menores de 17 años un 37,1%.

En el grupo de pacientes con asma complicada la edad media era ligeramente más joven, 29 años y la frecuencia en mujeres aumentaba a un 50,3%. También aumentaba el porcentaje de pacientes mayores de 65 años a un 11,1% y el de menores de 17 a un 44,0%, indicando que es en estas franjas etarias donde el control del asma es más problemático.

Asma normal y asma complicada según edad y sexo. Navarra



2.3.4. DEMENCIA Y OTRAS ENFERMEDADES NURODEGENERATIVAS

La **Demencia**, y su manifestación más frecuente, la *Enfermedad de Alzheimer*, son enfermedades complejas que afectan fundamentalmente a la población más envejecida. Conllevan una disminución de la capacidad mental de progresión generalmente lenta, con alteración de la memoria, el pensamiento y el juicio hasta interferir en las actividades de la vida cotidiana.

Al alto impacto personal y familiar que producen por la pérdida de facultades mentales y alteraciones de comportamiento que conllevan, se asocia un alto impacto social, puesto que su incidencia y prevalencia aumenta considerablemente con la edad, lo que, en una sociedad como la nuestra, que muestra un claro envejecimiento de la población, tendrá unas consecuencias en términos de salud y económicos muy notables.

Las **Enfermedades neuromusculares (NM)** constituyen un grupo muy heterogéneo de patologías que afectan a la médula, motoneurona, raíces, nervio, unión neuromuscular y músculo. En general comparten un cuadro clínico de debilidad progresiva, sin deterioro intelectual ni cognitivo asociado y según la enfermedad asocian en mayor o menor grado afectación de otros sistemas (corazón y función respiratoria sobre todo). Frecuentemente el inicio de la clínica es en la infancia o en adultos jóvenes.

La enfermedad más frecuente dentro de este grupo de patologías es la *Miastenia Gravis*, también se incluyen en este grupo la *Distrofia miotónica de de Steinert*, la *Distrofia facio-escápulo-humeral (FSH)*, la *Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)*, las *miopatías inflamatorias* y las *neuropatías inmunomediadas*.

A pesar de su baja prevalencia presentan un gran impacto en la calidad de vida de los enfermos provocando graves limitaciones en su vida social, familiar y laboral. Al drama personal y familiar, hay que añadir los elevados costes directos e indirectos que estas enfermedades generan.

Una gran parte de estas enfermedades son de naturaleza genética y los importantes avances en el campo de la biología molecular en los últimos años han contribuido de forma notoria en el diagnóstico y en el consejo genético de los pacientes.

Los **Trastornos de Movimiento** engloban una serie de enfermedades neurológicas que se caracterizan por alteraciones en la movilidad o movimientos anormales, tanto por defecto como por exceso y que en la mayor parte de los casos tienen un origen degenerativo. Los procesos más frecuentes son la *Enfermedad de Parkinson idiopática*, los *Parkinsonismos atípicos*, la *Distonía*, la *Enfermedad de Huntington* y otras coreas, los *Tics* (simples, Síndrome de Gilles de la Tourette), las *Mioclonías*, y las *Ataxias*.

El Parkinson se caracteriza por sus síntomas motores no existiendo un tratamiento curativo. En los últimos años se dispone de tratamientos como la cirugía funcional o las infusiones de apomorfina o Duodopa que consiguen mejorar la situación motora pero no actúan sobre los síntomas no motores. Pasados unos 10 años de enfermedad es frecuente que haya alteraciones de la marcha severas sin respuesta a tratamiento. Los estudios cognitivos prospectivos han dado a conocer que hasta el 80% de los pacientes con EP desarrollará demencia a lo largo de la evolución, motivo por el que a la severa discapacidad motora evolutiva hay que añadir la provocada por la demencia.

La enfermedad de Huntington (EH) es una enfermedad Hereditaria Autosómico Dominante con penetrancia completa que provoca una neurodegeneración progresiva, tanto física como cognitiva y conductual. El hecho de aparecer en adultos-jóvenes hace que sea una enfermedad altamente discapacitante en sucesivas generaciones de una misma familia. Se dispone de algunos tratamientos sintomáticos pero que no detienen el proceso que es siempre progresivo.

MORTALIDAD

La mortalidad por enfermedades del sistema nervioso se incrementó un 18% en los hombres y un 3,6% entre las mujeres, en el quinquenio 2007-2011 respecto al anterior siendo llamativo el incremento de las muertes por Alzheimer, al igual que ha ocurrido en España.

Mortalidad por causas en Navarra. Número de defunciones, tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000 y porcentaje de cambio de las tasas del periodo 2007-2011 respecto a 2002-2006

	Número anual		Tasa ajustada pob. europea		% cambio tasas
	2002-2006	2007-2011	2002-2006	2007-2011	
E. Alzheimer					
Hombres	40	59	9	11	23
Mujeres	111	148	13	15	13
Otras enfermedades del Sistema Nervioso y órganos de los sentidos					
Hombres	41	57	11	13	16
Mujeres	43	46	8	7	-8

Fuente: Instituto de Salud Pública y Salud Laboral de Navarra

Al menos dos factores se han señalado como posibles responsables de este incremento en la tasa de mortalidad por enfermedad de Alzheimer: un aumento en la incidencia y/o la prevalencia de la enfermedad, y en segundo lugar, una mayor sensibilidad de los médicos hacia esta enfermedad, lo que les habría llevado a diagnosticar, con mayor frecuencia que en el pasado, los deterioros cognitivos como enfermedad de Alzheimer,

o a señalar de manera más precisa esta enfermedad como causa básica de muerte en los certificados de defunción (Regidor E, 2013).

Las enfermedades neuromusculares y los trastornos del movimiento, al ser enfermedades poco frecuentes, no producen gran impacto sobre la mortalidad global de la población, “otras enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos”, excluidas las meningitis, suponen un 2.1% en hombres y un 1.8% en mujeres en el periodo 2007-2011 mientras que la enfermedad de Alzheimer, ella sola, supone un 2.2% de la mortalidad en hombres y un 5.8% en mujeres.

Lo reseñable de estas enfermedades es que con frecuencia conllevan una mortalidad prematura, siendo la edad media de los fallecidos por “otras enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos” de 52,4 años en hombres y 54,4 años en mujeres y estando en ambos casos entre las 10 primeras causas de Años Potenciales de Vida Perdidos. Representan un 2,8% del total de APVP en hombres y un 3% en las mujeres.

MORBILIDAD

DEMENCIA

En Navarra, y a partir de los datos del estudio EURODEM (1999) se estima que en el año 2006 había 8.915 personas mayores de 60 años con demencia moderada y grave (6,6% de la población). El porcentaje de demencia va aumentando con la edad (1,3% en el grupo de 60-69 años, 5% en 70-79 años, 16% en 80-89 años y 32,7% en mayores de 90 años).

En el proceso de segmentación de la población Navarra realizado en 2012 en base a unas patologías crónicas identificables, se detectaron 7.493 pacientes con diagnóstico de Demencia en Historia clínica de Atención Primaria, de los cuales 3.954 presentaban otras enfermedades crónicas, fundamentalmente diabetes.

En cuanto a la incidencia, según las tasas del estudio EURODEM, se calcula que en el año 2006 se diagnosticaron 1.992 casos nuevos de demencia en personas mayores de 65 años, de los cuales un 68% correspondían a Enfermedad de Alzheimer. Estas tasas aumentan en función de la edad y van desde una incidencia de 2‰ en el grupo de 65 a 69 años hasta 66‰ en el grupo de mayores de 85 años.

ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES (NM)

La enfermedad más frecuente dentro de este grupo de patologías es la *Miastenia Gravis*, con una prevalencia en Navarra de 188,7 casos por 1.000.000 habitantes y una incidencia de 15,7 casos nuevos por millón de habitante y año.

Le siguen en frecuencia la *Distrofia miotónica de de Steinert* con una prevalencia de un caso por 10.000 habitantes, la *Distrofia facio-escápulo-humeral (FSH)* con una prevalencia 5 casos por 100.000 habitantes, la *Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)* con una incidencia de 1 ó 2 casos nuevos por 100.000 habitantes y año y una prevalencia de 3 a 5 casos por 100.000. En el caso de las *miopatías inflamatorias* la prevalencia es de 6 a 8 casos por 100.000 y en el las *neuropatías inmunomediadas* la prevalencia es de 10 casos por 100.000 habitantes.

TRASTORNOS DE MOVIMIENTO

La *enfermedad de Parkinson (EP)* es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente, después de la enfermedad de Alzheimer. Carecemos de datos epidemiológicos actualizados en la Comunidad Foral de Navarra, si bien se realizaron estudios previos de estimación indirecta por consumo de levodopa (tratamiento sustitutivo de EP y otros parkinsonismos) calculándose unas cifras de incidencia de 10 a

20 casos por 100.000 habitantes en edades superiores a 60 años, aunque el número de casos aumenta por encima de los 75 años. La prevalencia general de la Enfermedad de Parkinson se cifra en torno al 3% de la población mayor de 65 años.

En cuanto a la *Enfermedad de Huntington* en el año 2005 Ramos M.A. y cols publicaron los resultados de un estudio de incidencia en Navarra y País Vasco encontrando 4,7 pacientes nuevos por millón de habitantes y año y una tasa mínima de nuevas mutaciones superior al 4% y con un potencial de hasta 8%. Este estudio mostró cifras de incidencia 2-3 veces mayor de las publicadas previamente.

2.3.5. DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. La OMS ha desarrollado una herramienta de análisis, aceptada por la mayoría de países, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento¹ de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001), que refleja esta interacción y comprende, además del hecho individual, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Por otra parte, en el informe sobre la salud en el mundo del año 2000 de la OMS, la dimensión del grado de discapacidad y su duración ya está incluida en la evaluación del estado de salud de la población mediante el indicador sintético DALE².

Según la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud (EDAD 2008) hay 3,85 millones de personas residentes en hogares en España que afirman tener discapacidad o limitación, lo que supone una tasa de 85,5 por mil habitantes que aumenta a 89,7 por mil si consideramos sólo las personas mayores de 6 años.

La causa más frecuente de discapacidad es osteoarticular, presentando el 67,2% de las personas con discapacidad limitaciones para moverse o trasladar objetos, el 55,3% dificultad para las tareas domésticas y el 48,4% para las tareas del cuidado e higiene personal.

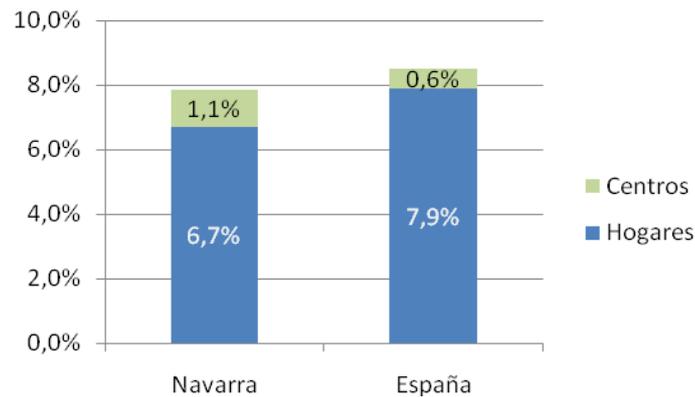
Tres de cada cuatro personas cuidadoras son mujeres, siendo el perfil más frecuente el de mujer nacional (93,1%) entre 45 y 64 años.

Si se compara esta población con la de personas sin discapacidad se encuentra que el porcentaje de personas que vive sola es tres veces mayor (14,57% vs 4,38%), se da un menor porcentaje de alfabetización (87,45% vs 99,82%), solo el 12% tiene estudios secundarios frente al 30% de las personas sin discapacidad y su tasa de paro es del 77% superior a la del resto de la población.

Según la Estrategia Española sobre Discapacidad, el 8,5% de la población residente en España declara tener alguna discapacidad, el 7 % en el caso de los hombres y el 10% en el de las mujeres. En el 20% de los hogares reside al menos una persona con discapacidad y una de cada seis personas con discapacidad vive sola.

¹ Aprobada en Resolución WHA54.21 del 22 de mayo de 2001. En lengua española OMS/OPS/IMSERSO, Madrid 2001.

² DALE (Disability-Adjustes-Life-Expectancy): Indicador sintéticos que mide de forma conjunta las consecuencias mortales y discapacitantes.

% de Personas que declaran padecer una discapacidad 2008

Fuente: Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020

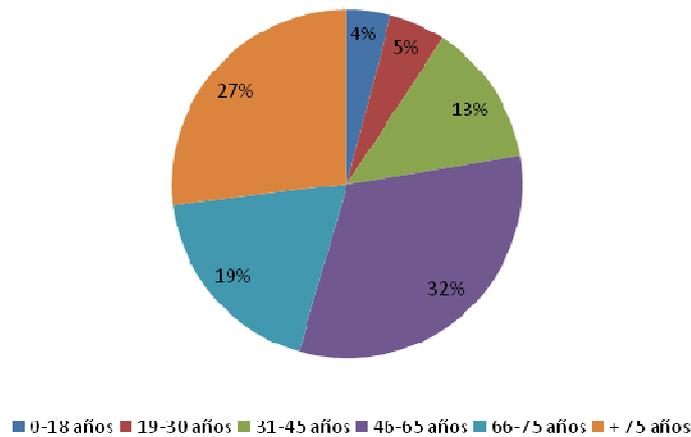
En Navarra el porcentaje es algo inferior y se sitúa en el 7,8% y mientras en Navarra una de cada 7 personas con discapacidad reside en un Centro Asistencial, en España lo hace uno de cada 14.

Con excepción del servicio de Atención Temprana (0-3 años) el paso previo para acceder a las distintas prestaciones es el Reconocimiento oficial del Grado de Discapacidad, lo cual exige la correspondiente evaluación técnica.

En Navarra en 2012 un total de 30.034 personas tienen reconocida oficialmente algún grado de discapacidad de ella 16.740 son hombres y 13.294 son mujeres, siendo como en el resto de España la causa osteoarticular la más frecuente suponiendo un 23,4 %.

Distribución por grado de minusvalía	
Grado de minusvalía	Nº afectados
33-45%	12.374
46-65%	5.432
66-75%	7.055
75%	4.947
Minusvalía por orden judicial	226
Total	30.034

Distribución por edad de las discapacidades reconocidas. Navarra 2012



Tipo de minusvalía (Navarra 2012)	
Grupo	Nº afectados
Deficiencias auditivas	2.122
Deficiencias expresivas	241
Deficiencias visuales	2.692
Enfermedad crónica	5.228
Mixtas	12
Neuromuscular	3.976
Osteoarticular	7.041
Otras	17
Retraso mental	3.809
Trastorno mental	4.896
Total	30.034

Por otra parte si se consideran los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tal como hace la encuesta del INE EISS 2012, el 16,7 % de la población de 15 y más años manifiesta algún grado de limitación en la participación social debido a su condición de salud, y por lo tanto se considerarían personas con algún tipo de discapacidad.

Respecto a **la Dependencia**, según la Ley 39/2007 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia esta se define como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

El número de personas evaluadas por la Agencia Navarra de Promoción de la Autonomía y prevención de la Dependencia pasó de 8.839 personas en 2007 a 17.413

en 2011, reconociéndose como dependientes 13.851 personas que se distribuyen de la siguiente manera:

	Gran Dependientes (Grado III)	Dependientes Severos Grado II	Dependientes Moderados (Grado I)	TOTAL
Hombres	1.085	1.703	1.889	4.67
Mujeres	2.274	3.323	3.577	9.174
Ambos sexos	3.359	5.026	5.466	13.851

Diagnósticos más frecuentes asociados a dependencia

Expedientes de Valoración de Dependencia 2007 - 2012.

De 0 a 17 años:

- **No Dep. y Dep. Moderados**, el 56% de las personas presentan diagnósticos relacionados con un Retraso Mental, Retardo en el desarrollo o Trastorno en el desarrollo.
- **Dep. Severos y Grandes Dep.**, el 57% de las personas presentan diagnósticos relacionados con un Retraso Mental, Retardo en el desarrollo o Trastorno en el desarrollo.

De 18 a 49 años:

- **No Dep. y Dep. Moderados**, el 18% de las personas de 18 a 34 años presentan un diagnóstico de Esquizofrenia y afines, que en el tramo de 35 a 49 años sube al 32%.
- **Dep. Severos y Grandes Dep.**, el 6 % de las personas de 18 a 34 años presentan un diagnóstico de Esquizofrenia y afines, que en el tramo de 35 a 49 años se mantiene en el 6%.

Mayores de 50 años

Enfermedades Cardiovasculares:

- **No Dep. y Dep Moderados:** en el tramo de 50 a 64 años un 6% de las personas presentan un diagnóstico de Insuficiencias cerebrovasculares, que sube al 12% en el tramo de 65 a 74 y baja al 8% en el tramo de 75 a 84 años.
- **Dep. Severos y Grandes Dep:** en el tramo de 50 a 64 años un 19% de las personas presentan un diagnóstico de Insuficiencias cerebrovasculares, que sube al 25% en el tramo de 65 a 74 y baja al 15% en el tramo de 75 a 84 años.

Demencias:

- **No Dep. y Dep Moderados:** en el tramo de 50 a 64 años un 1 % de las personas presentan un diagnóstico de Demencia, que sube al 10% en el tramo de 65 a 74, sube al 15% en el tramo de 75 a 84 años y es de un 13% en el tramo de 85 años y más.
- **Dep. Severos y Grandes Dep:** en el tramo de 50 a 64 años un 18 % de las personas presentan un diagnóstico de Demencia, que sube al 42 % en

el tramo de 65 a 74, sube al 55 % en el tramo de 75 a 84 años y es de un 42 % en el tramo de 85 años y más.

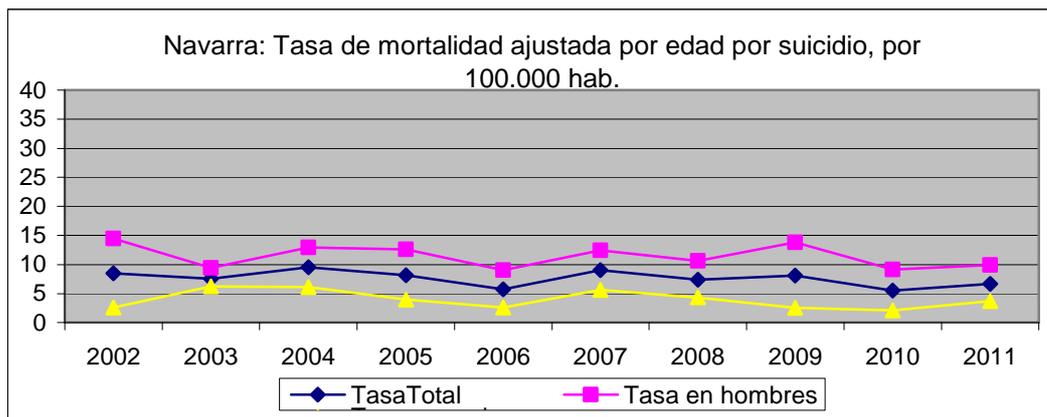
Fractura de cadera:

- **No Dep. y Dep Moderados:** en el tramo de 65 a 74 años un 1 % de las personas presentan un diagnóstico de Fractura de cadera, que se mantiene en el 1% en el tramo de 75 a 84, sube al 3% en el tramo de 85 años y más.
- **Dep. Severos y Grandes Dep:** en el tramo de 65 a 74 años un 1 % de las personas presentan un diagnóstico de Fractura de cadera, que se mantiene en el 1% en el tramo de 75 a 84, sube al 3% en el tramo de 85 años y más.
- Si recogemos los datos de todos los diagnósticos en vez de los primeros diagnósticos, se observa que en las personas con No Dependencia y Dependencia Moderada, supone un 2,3% de las personas en total, y en el caso de las personas con Dependencia Severa y Gran Dependencia, supone un **4,8% del total de las personas**.
- Si además observamos los diferentes diagnósticos asociados a los trastornos de la marcha, tanto del Sistema Osteoarticular como del Sistema Nervioso, podemos establecer la importante repercusión que tiene este diagnóstico sobre la situación de dependencia.

2.3.6. ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL

MORTALIDAD

Según los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud la tasa de mortalidad por suicidio en España en 2011 fue 5,7 por 100.000 habitantes, 9,1 en hombres y 2,6 en mujeres. En Navarra las cifras fueron un poco más elevadas sobre todo en mujeres con una tasa global de 6,7 por 100.000 habitantes, 9,9 en hombres y 3,7 en mujeres.



Según los datos del Instituto Salud Pública de Navarra el número anual de fallecimientos por suicidio y lesiones autoinfligidas en el quinquenio 2007-2011 fue de 40 hombres y 14 mujeres, prácticamente igual que en el quinquenio anterior.

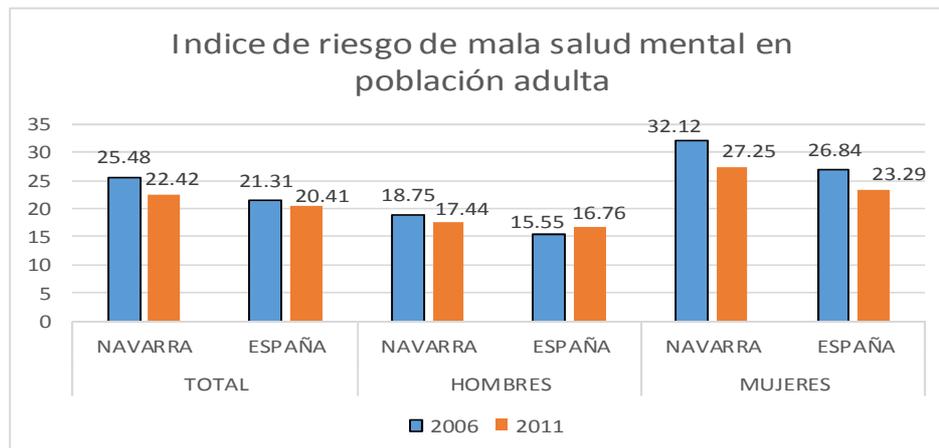
Según la misma fuente la edad media de los fallecidos por suicidio y lesiones autoinfligidas fue de 43,4 años en hombres y 46,4 años en mujeres. La Tasa Ajustada de

Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) de 1 a 70 años fue de 286 en hombres y 85 en mujeres en el período 2007-2010, las muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas representan el 8,1% de los APVP en hombres y el 5,1% en mujeres.

MORBILIDAD

En el Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMED) se estima que el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental (prevalencia-vida), el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres. En relación a la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio (prevalencia-año), el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental, el 5,2% en hombres y el 11,4% en mujeres.

El **índice de riesgo de mala salud mental en adultos** en la Encuesta Nacional de Salud utilizando el cuestionario GHQ-12 que explora el estado de salud mental o padecimiento psicológico durante el último mes respecto al estado habitual de la persona, muestra unas cifras de padecimiento claramente superiores en mujeres respecto a hombres y ligeramente superiores en Navarra respecto a España. Entre la encuesta de 2006 y la de 2011 se ve una ligera mejoría y una disminución de la brecha entre sexos.

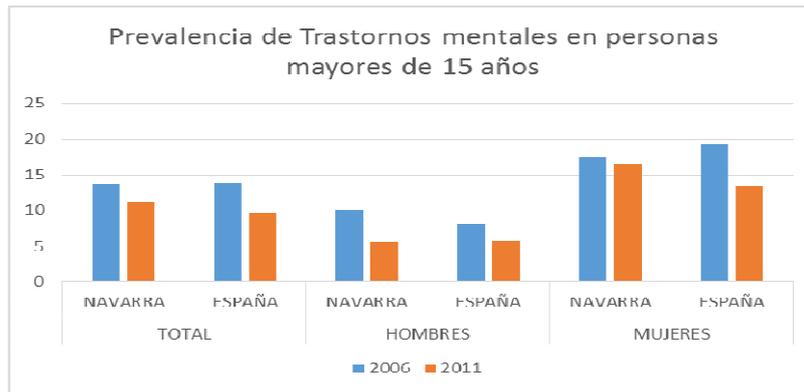


Navarra se sitúa entre las CCAA con menor riesgo de mala salud mental en población de 4 a 15 años.

A nivel nacional no se encuentran diferencias significativas en función de vivir en áreas urbanas o rurales, sin embargo constata una prevalencia de mala salud mental mayor entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas y las personas con menores niveles de estudios.

La percepción del apoyo social en Navarra es similar a la media española, sin embargo la percepción de la función familiar es peor que la media española.

La **prevalencia de trastornos mentales** entendida como porcentaje de personas de más de 15 años que declara haber padecido trastorno mental en los 12 meses previos a la entrevista y ha sido diagnosticada por un médico sigue mostrando una mayor afectación de las mujeres por este tipo de patología.

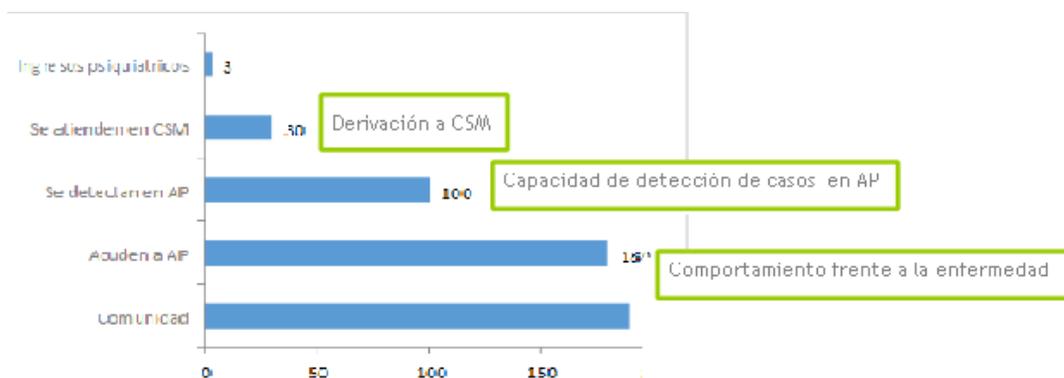


Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, ENS 2011/12.

Se ha realizado una estimación de las tasas de prevalencia de trastorno mental en diferentes niveles asistenciales por 1.000 adultos en Navarra que nos puede aproximar a una valoración del comportamiento de la población frente a la enfermedad mental y de la capacidad de detección de la misma en Atención Primaria.

Para ello se ha utilizado el Sistema de Información de Salud Mental de Navarra y la ENS 2006 Navarra, siendo el epígrafe en la “comunidad” la prevalencia de probables casos psiquiátricos (GHQ-12) y en “acuden a AP” la prevalencia de los probables casos psiquiátricos que acuden al médico en el último año. Finalmente el dato de “detección en AP” procede de la prevalencia de personas que declaran padecer Ansiedad/depresión u otro trastorno mental en los últimos 12 meses y que además han sido diagnosticados por su médico.

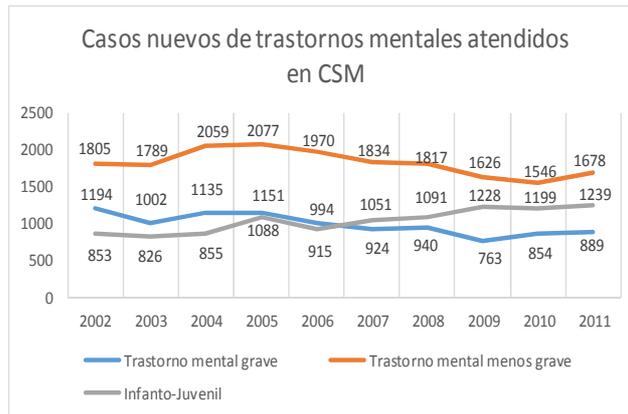
Estimación de las tasas de prevalencia de trastorno mental en diferentes niveles asistenciales por 1.000 adultos en Navarra.



Fuente: Elaboración propia

Se constata que cuando hay un padecimiento psicológico menos de la mitad de los pacientes acuden al sistema sanitario y que Atención Primaria atiende mayoritariamente a la población con trastornos mentales terminando sólo una pequeña parte de pacientes con trastorno mental en la Red de Salud Mental de Navarra.

Para estimar la **incidencia** se puede ver el número de casos nuevos atendidos en los Centros de Salud Mental de la Red de Navarra de Trastorno Mental Grave, Trastorno Mental Común y de Infanto-Juvenil:



Fuente: Elaboración propia

Dentro de los Trastornos Mentales Graves destacan los Trastornos afectivos sobre las demás patologías. A lo largo de los últimos 10 años se mantiene más o menos estable el número pacientes diagnosticados de trastorno mental orgánico y esquizofrenia mientras que el número de diagnósticos de trastornos afectivos y de conducta alimenticia van bajando.

En cuanto a los Trastornos Mentales Menos Graves destacan sobre todo los trastornos de ansiedad y de adaptación, pero en la serie temporal los primeros presentan un perfil en diente de sierra mientras los segundos van disminuyendo a lo largo del tiempo.

No existen grandes diferencias por sexo en la población atendida en los CSM (53 % mujeres y 47 % hombres) y además esta se va acortando. Las diferencias se presentan por categorías diagnósticas, predominando claramente los trastornos afectivos y ansiosos en las mujeres y los relacionados con las conductas adictivas en los hombres. En ambos casos es necesario tener en cuenta los aspectos contextuales en el origen de esta distribución.

En el Programa Infanto-Juvenil los trastornos de conducta son los más relevantes, seguidos de los trastornos de ansiedad, si bien, en este grupo de edad, existe una bolsa importante de pacientes atendidos pendientes de diagnóstico.

Por otra parte un 46% de los pacientes con enfermedad mental padece también enfermedades crónicas físicas que empeoran el pronóstico e incrementan el uso de servicios. La comorbilidad mental aumenta el riesgo de ingreso por enfermedad crónica 2.8 veces, aumenta la duración de la estancia hospitalaria y duplica el uso de los servicios ambulatorios (Krein 2006, Vamos 2009). En EEUU la comorbilidad mental incrementó los costes de la atención a problemas físicos entre un 33% y un 169% (Melek y Norris 2008).

2.2.8 PROBLEMAS DE SALUD EN EDAD INFANTIL Y ADOLESCENCIA

En los países industrializados las patologías antiguas están siendo sustituidas por patologías crónicas o subagudas emergentes que van asociándose cada vez con mayor evidencia científica a la contaminación medioambiental y a los hábitos de vida. Incluso la exposición durante el periodo embrionario a diferentes factores puede tener su efecto

sobre el feto. Conseguir que los niños adquieran unos buenos hábitos de vida y entre ellos el de una dieta equilibrada es esencial ya que en esta época de la vida se instauran e inician muchas pautas de comportamiento muy difíciles de cambiar posteriormente. Las desigualdades sociales que afectan a las familias deben de ser compensadas con acciones que intenten aumentar el acceso al conocimiento a todos los niveles.

CAMBIOS DEMOGRÁFICOS HABIDOS EN LA ÚLTIMA DÉCADA.

A lo largo de la última década se ha producido un aumento de la población infantil y adolescente.

Tabla 1: Evolución de la población infantil de Navarra

Edad	Año 2000	Año 2012	% de cambio
0-2 años	13.506	19.423	+ 43,8%
3-6 años	18.789	27.866	+ 48,3%
7-14 años	38.140	51.530	+ 35,1%
Menos de 14 años	70.435	98.819	+ 40,3%

Este crecimiento se asocia a un incremento de niños de etnias y/o culturas diferentes y a un aumento de factores de riesgo/patologías de mayor prevalencia en países de procedencia o asociadas al proceso de migración como el riesgo psicosocial o la obesidad.

MORTALIDAD

La tasa de mortalidad infantil de Navarra se encuentra por debajo del 3‰, en el periodo 2006-2010, con una disminución del 25% respecto al quinquenio anterior, se sitúa en el quintil inferior europeo. Representa sin embargo el mayor número de muertes en todo el periodo infantil y en la adolescencia, el riesgo de morir de 1 a 19 años es mucho más bajo que en los menores de un año.

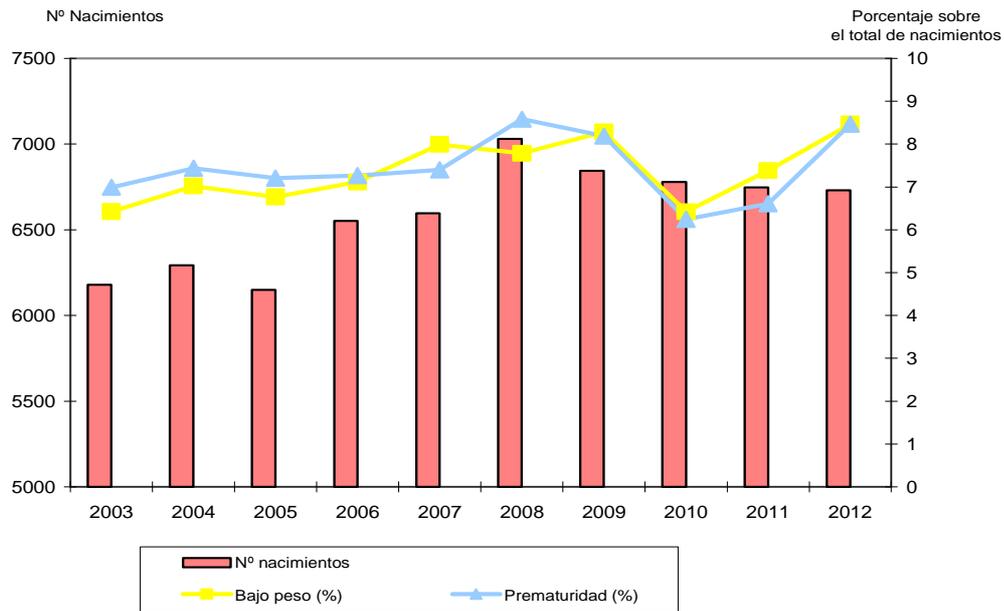
Los motivos de muerte más frecuentes de 0-19 años son los accidentes de tráfico, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas. En todo este periodo, hay una sobremortalidad de los chicos respecto a las chicas.

MORBILIDAD

PREMATURIDAD Y RIESGO PERINATAL

En el año 2012, el 8,5 % de los nacimientos han sido de bajo peso y un porcentaje similar fueron recién nacidos prematuros. Algunos factores que se relacionan con este fenómeno son los partos gemelares o múltiples, las técnicas de fertilización in vitro y las cesáreas en madres de edad avanzada.

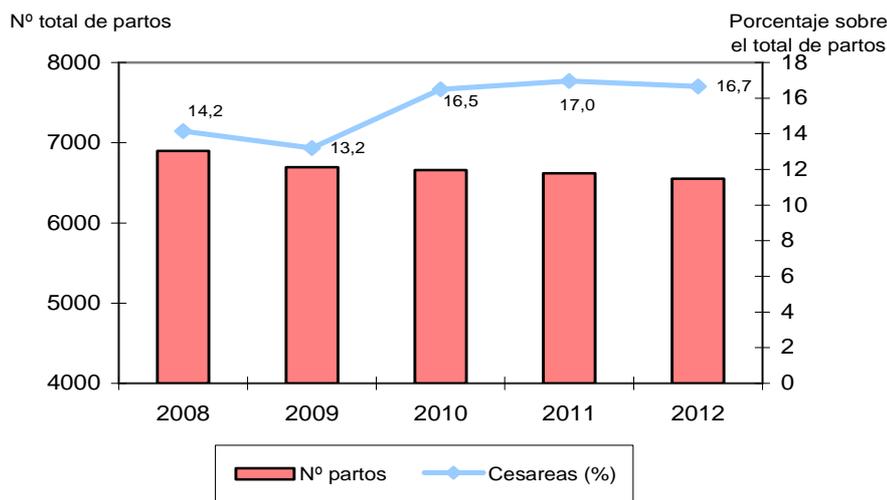
Figura 1. N° de nacimientos, nacimientos con bajo peso (%) y prematuros (%). Navarra 2003-2012



Fuente: Instituto de Estadística de Navarra (IEN)

Solo se dispone de información sobre el número de cesáreas desde 2008, hasta ese año se registraba la normalidad o no del parto, diferenciando entre partos distócicos y partos normales. Desde esa fecha se registra el tipo de parto según sea natural o cesárea. En 2012 el porcentaje de cesáreas ha sido de un 16,7%. La tasa en España en 2011 era de un 25,0%. En el período 2010-2011 Navarra, tiene, después de País Vasco, la tasa más bajas de España.

Figura 2. N° Partos y cesáreas (%). Navarra 2008-2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

ENFERMEDADES GENÉTICAS

Un 2-3% de los recién nacidos presentan un defecto congénito o una anomalía de causa genética y un 5,6 de la población desarrollará síntomas de un desorden genético

(cromosómico o mendeliano) antes de los 25 años. En la edad adulta, esta cifra aumenta hasta un 60% si se incluyen las patologías de tipo multifactorial (genética + ambiental).

Las enfermedades de base genética son frecuentes y altamente costosas a nivel personal, familiar, social y económico. Un 20-23% de la mortalidad pediátrica y un 5% de la observada en la población de 1 a 18 años es secundaria a desórdenes genéticos (malformaciones congénitas, deformaciones y alteraciones cromosómicas). Más de un 70% de las admisiones pediátricas y un 80% del gasto pediátrico hospitalario son atribuibles a enfermedad de base genética (monogénicas o multifactoriales).

ASMA

La prevalencia de este problema de salud se ha incrementado en los últimos años. Se aborda junto con otras patologías respiratorias de población adulta en el apartado 2.3.3. “Enfermedades respiratorias”.

TDAH

Es la patología más frecuente en el ámbito de Salud Mental (4-7%) en los niños en edad escolar, se ha incluido en el apartado 2.3.6. “Enfermedades de Salud Mental”.

OBESIDAD INFANTIL

La obesidad es una entidad patológica que se caracteriza por un aumento de la masa corporal grasa. La medida más utilizada para su diagnóstico es el Índice de masa corporal (IMC), que en los adultos tiene los límites de 25 y 30 para el sobrepeso y obesidad respectivamente. En los niños, debido a los cambios en la cantidad y distribución de grasa, según edad y sexo, se utilizan tablas percentiladas. Debido a la existencia de diferentes tablas de referencia locales la OMS lideró un estudio con una muestra de madres sanas, no fumadoras, bien asesoradas y que amamantaron a sus hijos con el objetivo de elaborar unas tablas internacionales que fueran el Gold Estándar con el que comparar a cualquier niño. El resultado fue comprobar que los niños de todos los países, como grupo, crecían igual. Se publicaron en 2006. En 2007 se añadieron las tablas para escolares, llegan hasta los 19 años, momento en el que se ya utiliza los puntos de corte de adultos. Son las que se usan en la actualidad.

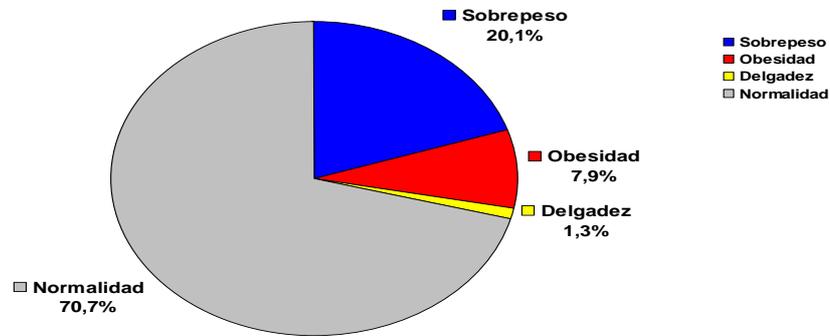
Magnitud del problema

La OMS declaró la obesidad como epidemia silenciosa en el año 2004. Sus repercusiones son a corto y largo plazo. A corto plazo, el niño obeso tiene más riesgo de asma, alteraciones osteoarticulares y es con frecuencia objeto de burlas o aislamiento en deportes etc. entrando en un círculo vicioso en el que al no moverse, su obesidad empeora. A largo plazo, su importancia deriva de que al ser un factor de riesgo cardiovascular, se convertirá en un problema de salud personal y también en un problema de salud Pública. Los adultos actuales con problemas cardiovasculares provienen de una época en la que la obesidad infantil era ocasional, si no se intenta prevenir desde las primeras etapas de la vida este problema, en un futuro pueden alcanzarse prevalencias de personas con problemas cardiovasculares muy altas.

En Navarra se tienen datos de prevalencia obtenidos a partir de un estudio realizado en 2011, mediante datos extraídos de las historias clínicas informatizadas de menores de 15 años incluidos dentro del Programa de Salud Infantil en Atención Primaria. Dada la cobertura altísima que este programa tiene en todas las zonas de salud, los resultados son muy fiables. Destacan los siguientes resultados:

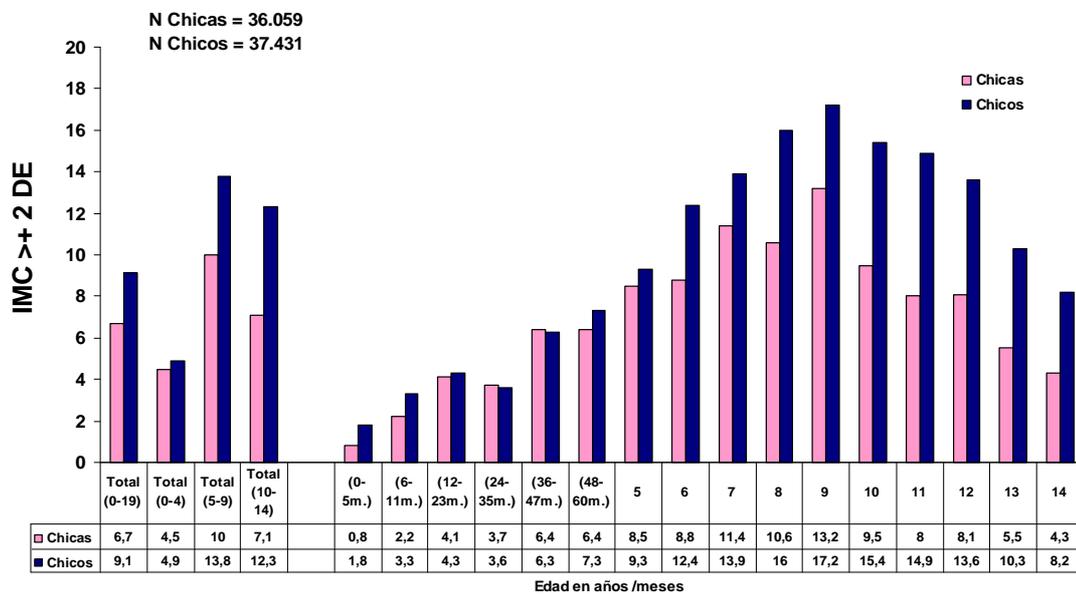
- Un 7,9% de los menores de 15 años presentan obesidad y otro 21% sobrepeso (Figura 3).

Figura 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad. Población <15 años. Navarra



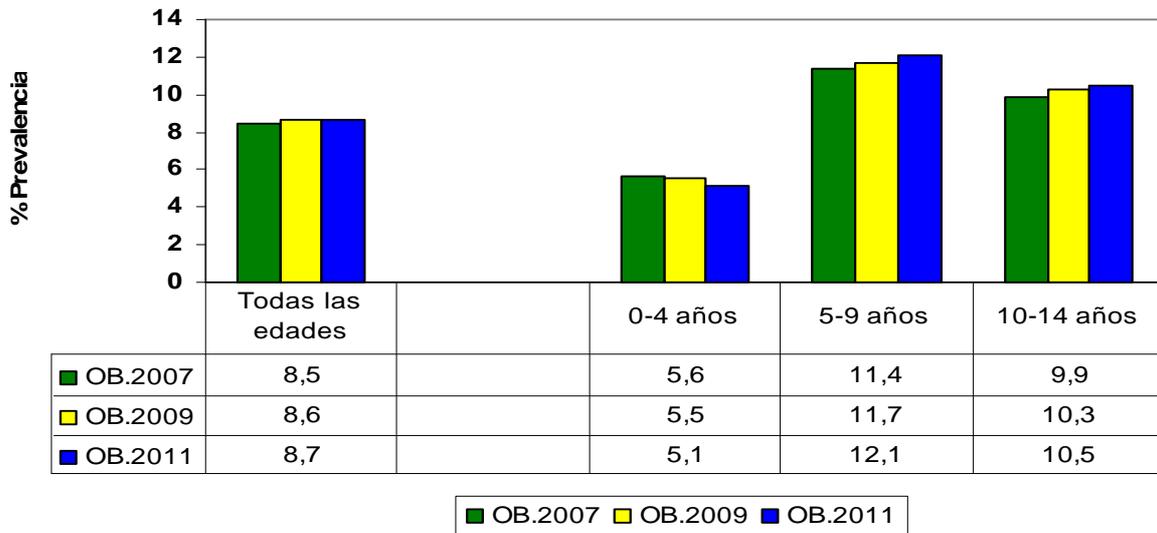
- La prevalencia de obesidad en menores de 5 años es similar en ambos sexos, a partir de esa edad es mayor en los niños.
- El grupo de edad de 5-9 años es el de mayor prevalencia, tanto en niños como en niñas (Figura 4).

Figura 4. IMC en población menor de 15 años por edad y sexo. Navarra



- La distribución geográfica muestra que el área metropolitana de Pamplona en general presenta tasas mas bajas que las zonas rurales.
- La prevalencia de obesidad es mayor en los hijos de mujeres inmigrantes.
- La evolución desde 2007 muestra una disminución en el grupo de edad de 0-4 años y un aumento en los otros dos (5-9 y 10-14).

Figura 5. Evolución temporal de la obesidad por grupos de edad. Navarra



La difusión en las consultas de pediatría a partir de 2008 de las nuevas referencias de la OMS para la definición de obesidad en los menores de 5 años, más exigentes que las anteriores en cuanto al dintel de peso, es un factor que ha podido contribuir al descenso de la prevalencia de obesidad observada entre los menores de 5 años.

INFECCIONES TRANSMISIBLES

Las coberturas vacunales en la infancia han sido tradicionalmente muy altas en Navarra, lo que ha permitido un buen control de las enfermedades inmunoprevenibles incluidas en los programas de vacunación infantil. Este éxito puede volverse en contra si lleva a una relajación del esfuerzo por mantener las altas coberturas. En la tabla 2 se presenta los datos de cobertura referidos a 2012. No se incluye una serie temporal porque las variaciones que hay de unos años a otro no son atribuibles a variaciones en la cobertura sino a desplazamientos temporales del momento de la vacunación.

Tabla 2. Cobertura vacunal (%). Navarra 2012

	Primovacacion. Niños 0-1 año. 3 dosis	Vacunacion refuerzo Niños 1-2 años.	Vacunacion refuerzo Niños 4-6 años	Vacunacion adolescentes
Poliomielitis	97,83	95,75		
DTPa	97,83	95,75	91,33	82,9 (Td)
Hib	97,83	95,758		
Hepatitis B	97,83			
Meningitis C	99,21 (2 dosis)	98,68 (3ª dosis)		
VPH (3 dosis)				85,2
SRP		99,97 (1ª dosis)	92,69 (2ª dosis)	

Fuente: ISPYL

En los últimos años se están registrando numerosos brotes de enfermedades vacunales que parecían controladas y que han afectado a países europeos y a otras comunidades autónomas. En Navarra se han producido pequeños brotes de sarampión y de tos ferina, que no han tenido gran difusión debido a la buena cobertura vacunal.

El mantenimiento de las altas coberturas ha de ser una prioridad, para no retroceder en este campo. Además hay que hacer frente a las posturas críticas que están apareciendo frente a las vacunas.

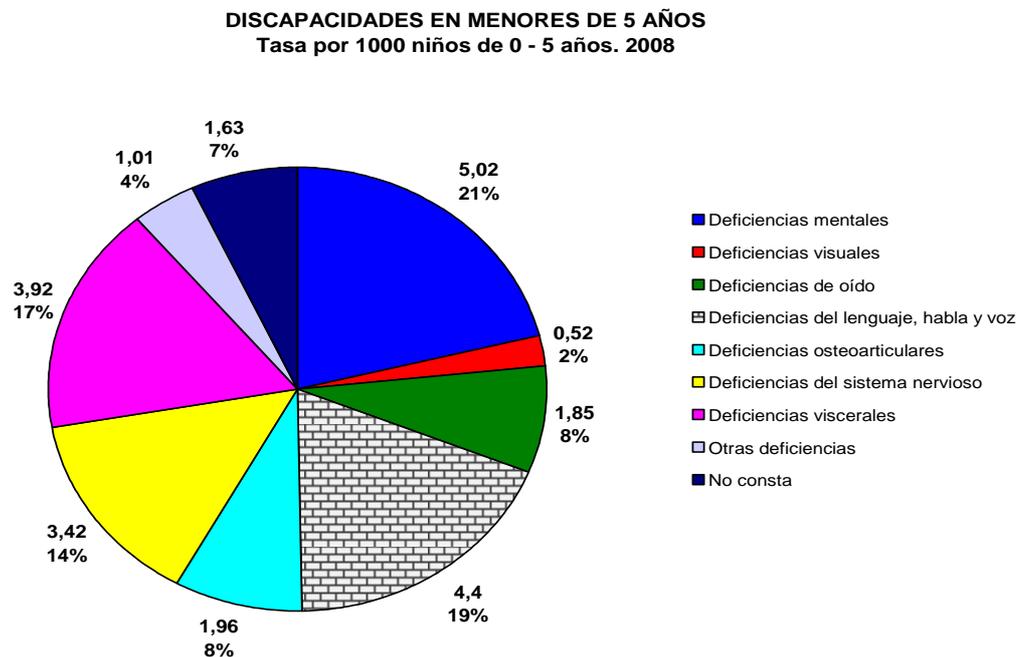
Recientemente se han introducido vacunas para varicela y enfermedad meningocócica cuya incidencia ha disminuido desde la disponibilidad de las vacunas. Las previsiones futuras no están claras, por lo que estas enfermedades deben ser objeto de monitorización estrecha y de evaluación.

La transmisión de infecciones por vía sexual se mantiene estable o ha experimentado un cierto incremento en los últimos diez años, lo cual refuerza la necesidad de la educación sexual de la población.

DISCAPACIDAD

La causa más frecuente de discapacidad en menores de cinco años, la constituye el grupo de las deficiencias mentales con una tasa de 5,0 por 100.000, son el 21% de todas las discapacidades.

Figura 6.



VIOLENCIA

La violencia en menores es especialmente importante porque incide en fases críticas de su desarrollo personal. Comprende agresiones físicas, sexuales y psíquicas y el abandono, siendo múltiples sus consecuencias. La incidencia es desconocida y se considera que se llega a detectar el 10-20% de los casos. En España se observan prevalencias del 1,5%, aunque según informes técnicos se consideran subestimadas. Además los estudios constatan la relación entre el maltrato a menores y el riesgo de que llegue a pasar de víctima a perpetrador de violencia (los ciclos de violencia).

Otro riesgo importante actual en la población infantil y adolescencia es la violencia en la población escolar (bullying). Más del 34% de chicos y del 8% de chicas entre los 11 y 16 años declaran haber sufrido acoso alguna vez en la vida.

Según datos de la ENS Navarra 2006 la prevalencia de agresión o maltrato sufrido en el último año en Navarra fue del 1,8% tanto en población adulta como en infantil. La prevalencia estatal era de 2,9%.

CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES.

Según la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias 2010 (ESTUDES)

Las drogas más consumidas por los jóvenes estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y cannabis. El uso de hipnosedantes sin receta ha aumentado en todas los periodos de referencia (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días).

Tabla 3. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%)

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	2006	2008	2010	2006	2008	2010	2006	2008	2010
Tabaco	46.1	44.6	39.8	34	38.1	32.4	27.8	32.4	26.2
Alcohol	79.6	81.2	75.1	74.9	72.9	73.6	58.0	58.5	63
Hipnosedantes sin receta	7.6	9.4	10.4	4.8	5.7	5.6	2.4	2.9	3.0
Cannabis	36.2	35.2	33.0	29.8	30.5	26.4	20.1	20.1	17.2
Cocaína	5.7	5.1	3.9	4.1	3.6	2.6	2.3	2.0	1.5
Inhalables	3.0	2.7	2.3	1.8	1.6	1.2	1.1	0.9	0.8

Se observa una tendencia bastante estable de la evolución de la edad media de inicio en el consumo de la mayoría de las drogas. Hay un descenso de casi un año en el consumo de cocaína e inhalables.

Tabla 4. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes)

	2004	2006	2008	2010
Tabaco	13.2	13.1	13.3	13.5
Tabaco diario	14.5	14.2	15.1	14.3
Alcohol	13.7	13.8	13.7	13.7
Alcohol consumo semanal	15.1	15.0	15.6	14.8
Hipnosedantes sin receta	14.8	14.4	14.3	14.4
Cannabis	14.7	14.6	14.6	14.7
Cocaína	15.8	15.3	15.3	14.9
Inhalables	14.0	13.6	13.8	13.2

Tabla 5. Prevalencias 2010 España-Navarra

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días		Diario	
	España	Navarra	España	Navarra	España	Navarra	España	Navarra
Tabaco	39.8	40.6	32.4	34.1	26.2	26.8	12.3	12.7
Alcohol	75.1	83.3	73.6	80.2	63.0	67.0		
Borracheras	58.8	66.3	52.9	60.9	35.6	38.8		
Cannabis	33.0	38.4	26.4	31.4	17.2	18.7		

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Diferentes estudios llevados a cabo en los últimos 10 años muestran una tendencia de inicio de las relaciones sexuales coitales a edades cada vez más tempranas, más precoz en los hombres que en las mujeres, con reducción de diferencias por sexo en la población más joven.

Embarazos en adolescentes:

El número de embarazos en adolescentes es de aproximadamente el 9% del total. Con la aplicación de la ley de Interrupción voluntaria del embarazo, menos de la mitad, un 4% llegan a ser partos.

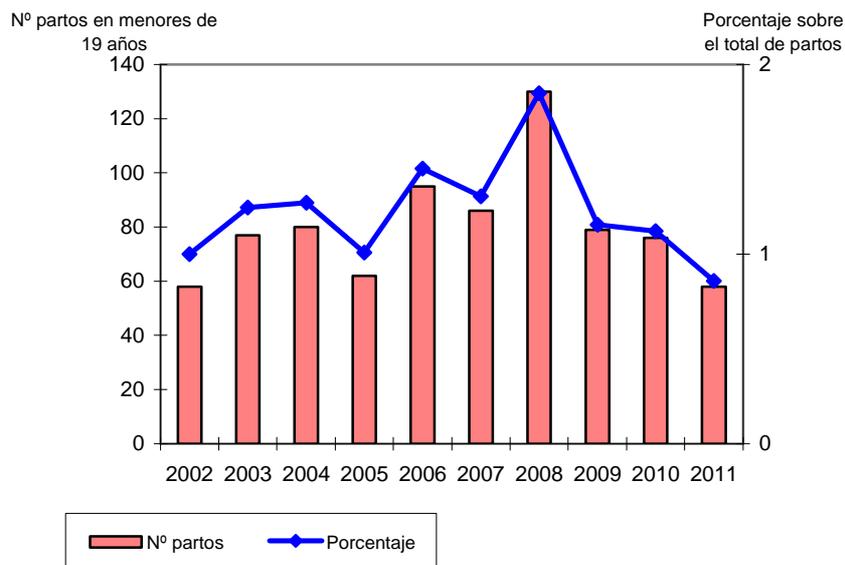
El número de embarazos en las mujeres de menos de 19 años han disminuido significativamente en los últimos 10 años, lo que se atribuye a múltiples factores:

- Incremento de las actividades relacionadas con la información y educación sexual, se ha producido un incremento de los profesionales que se dedican a esta tarea y por tanto la población a la que se llega es más numerosa, realizando actividades tanto individuales (en consulta) como grupales (centros escolares, centros de ocio juveniles...).
- Mayor accesibilidad a métodos anticonceptivos habituales.
- Aparición en el mercado, en los últimos 15 años, de fármacos específicos destinados a “anticoncepción de emergencia” con menores efectos secundarios que aquellos de los que se disponía.

Partos en adolescentes

El número de partos en adolescentes (hasta 18 años) oscila en torno al 1% del total de partos, en los últimos 10 años. En 2012 han sido 55 partos, un 0,9% del total de partos en Navarra

Figura 7. Partos en chicas adolescentes. Navarra 2002-2011



Interrupciones voluntarias de embarazos (IVEs)

No se dispone de información del nº de IVEs en población adolescente.

2.2.8. DOLOR CRONICO

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain IASP) define el dolor como «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño».

Se distinguen dos tipos básicos de dolor, agudo y crónico, entre los que existen importantes diferencias. Mientras que el primero es predominantemente un síntoma o

manifestación de lesión tisular, el dolor crónico se considera como una enfermedad en sí mismo.

Se considera **dolor crónico** aquel que persiste durante un período de tiempo superior a los tres meses o de duración intermitente durante más de cinco días por semana.

En la literatura científica existe un gran consenso en que el dolor es un fenómeno complejo y multifactorial que depende de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales.

Se han descrito diferencias no concluyentes en la percepción del dolor o en su manifestación, relacionadas con condiciones étnicas o raciales, tanto en adultos como en niños. Existen, igualmente, estudios que muestran diferencias en la percepción del dolor según sexo. En 2009 se publicó una revisión, sobre prevalencia del dolor crónico en muestras representativas de diferentes países de nuestro entorno socioeconómico. En siete de los diez estudios incluidos, las diferencias entre mujeres y hombres fueron estadísticamente significativas.

El dolor crónico puede causar problemas importantes al paciente, afecta a su calidad de vida y a la de quienes les cuidan. Las personas con dolor crónico, con frecuencia padecen otros síntomas como depresión, ansiedad, reducción de la movilidad física y aislamiento social porque afecta a tres aspectos fundamentales de la persona: altera la capacidad funcional, modifica el estado de ánimo y disminuye las relaciones con los demás.

Las consecuencias económicas también son importantes, el dolor incrementa por cinco la probabilidad de utilización de servicios sanitarios y supone una importante carga en costes sanitarios directos e indirectos. Ocasiona más gasto sociosanitario que las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, según ha informado la Sociedad Española del Dolor

Los costes indirectos son muy importantes en los pacientes con dolor, se traducen en una reducción/pérdida de la productividad en el lugar de trabajo, reducción de ingresos y aumento del apoyo estatal. El dolor crónico es una de las razones principales por las que las personas abandonan el mercado laboral prematuramente

El dolor oncológico es una causa frecuente de dolor crónico que puede estar presente en diferentes momentos de la enfermedad cancerosa. Se aborda en la Estrategia del Cáncer. Aquí se aborda el dolor no maligno.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Según la bibliografía y los datos epidemiológicos actuales, en Europa, el dolor crónico no maligno afecta al 20% de los adultos, es decir, unos 80 millones de europeos, casi el 9% de la población adulta sufre dolor diario.

De acuerdo con la Encuesta de Salud y Bienestar paneuropea de 2008, en la que se entrevistaron pacientes de cinco países de la UE (Reino Unido, Francia, Italia, Alemania y España), un total de 51,8 millones (20,9%), esto es, más de uno de cada cinco personas de 18 años o más, vivirían con dolor. De acuerdo con la encuesta, los problemas comunicados con más frecuencia como causantes de dolor son el dolor de espalda (66%), el dolor articular (52%), el dolor de cuello (32%) y la cefalea (31%)

Según datos más recientes, la prevalencia del dolor crónico en España se sitúa por debajo de la media europea, alrededor del 11%, con una duración media de 9 años.

Prácticamente la mitad de ellos, el 47%, padece dolor diariamente. Es previsible que esta cifra aumente en los próximos años como consecuencia del envejecimiento de la población,

El dolor continúa estando infraevaluado e infratratado pese al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas que cursan con dolor y a los avances en su evaluación y tratamiento.

2.2.9. OTROS PROBLEMAS DE SALUD

2.2.9.1. INFECCIONES TRANSMISIBLES

El control de las infecciones transmisibles ha experimentado avances considerables en Navarra a lo largo de las últimas décadas gracias a medidas como los programas de vacunaciones, el saneamiento ambiental, el control alimentario y las mejoras en las condiciones de higiene de la población.

Varias infecciones se han conseguido controlar en nuestro medio, pero salvo la viruela que se erradicó en todo el mundo, los agente infecciosos siguen presentes en el mundo y podrían reintroducirse en cualquier momento. Simultáneamente cada vez se detectan más agentes potencialmente emergentes o reemergentes, lo que obliga a mantener y reforzar la vigilancia, y las medidas de prevención y de control para que no se produzcan retrocesos en la incidencia de estas enfermedades.

TUBERCULOSIS

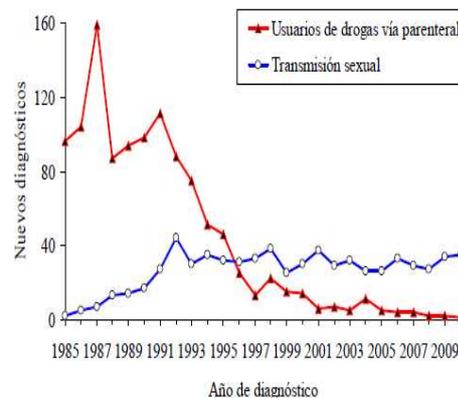
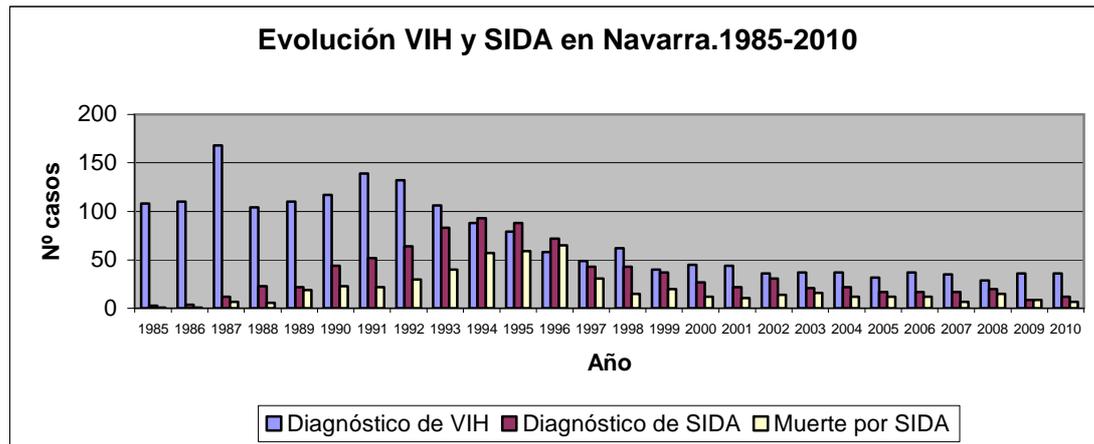
Presenta una tendencia ligeramente descendente en tasas ayudada por el efecto positivo que tienen la detección precoz y el tratamiento de los casos para reducir el riesgo de contagio a otras personas.

INFECCIÓN POR EL VIH

Presenta una tendencia ligeramente descendente y como en el caso de la tuberculosis, este descenso se ve favorecido por la detección precoz y el tratamiento de los casos que reducen el riesgo de contagio a otras personas.

Los diagnósticos de SIDA se han reducido considerablemente, aunque todavía su número es elevado si tenemos en cuenta que prácticamente todos ellos serían evitables con el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de la infección por el VIH.

La evolución de la infección por VIH-SIDA ha transitado desde una epidemia con la principal subepidemia ligada al consumo de drogas y material de inyección compartido, a un modelo ligado a la transmisión sexual con un importante componente en hombres que tiene sexo con hombres. La incidencia de nuevas infecciones ha descendido notablemente como consecuencia de los nuevos tratamientos, su accesibilidad y las medidas de prevención adoptadas.



La principal dimensión sanitaria para algunas infecciones como el VIH, el virus de la hepatitis C y el virus de la hepatitis B se debe al elevado número de infecciones prevalente.

En Navarra viven más de mil personas diagnosticadas de infección por VIH y se estima que puede haber al menos otro 25% más de infecciones no diagnosticadas. La prevalencia de infección por el virus de la hepatitis B y C no es bien conocida, pero según la encuesta seroepidemiológica del País Vasco el 0,7% de la población podría tener infección crónica por el virus de la hepatitis C.

La prevalencia de infección por VIH en Navarra es media en España (8º-9º puesto en el conjunto de CCAA, luego a ocupar el 1º-2º puesto). Pero respecto a los países del norte de Europa la prevalencia es alta, en la misma línea que los demás países del sur de Europa.

Si exceptuamos la infección por VIH y el SIDA, la transmisión de infecciones por vía sexual se mantiene estancada o ha experimentado un avance en los últimos años, lo cual se pone de manifiesto en la incidencia de gonococia, sífilis y hepatitis B. Esta situación lleva a recomendar un abordaje integrado de las infecciones de transmisión sexual que contemple:

- Educación sexual de la población.
- Facilitar el acceso al diagnóstico y tratamiento precoz de estas infecciones.

- Aprovechar toda consulta sobre problemas relacionados con ETS para descartar otras y vacunar frente a aquellas que tienen vacuna (hepatitis B, VPH, hepatitis A en algunos casos).
- Ante cada caso no olvidar la prevención y/o tratamiento de la pareja.

ENFERMEDADES CON CONTROL AMBIENTAL Y ALIMENTARIO.

Un grupo importante de enfermedades transmisibles son las que tienen posibilidades de control ambiental (legionelosis, brucelosis, hidatidosis) y alimentario (salmonelosis, brucelosis, etc). En general estas enfermedades han visto reducir su incidencia considerablemente. Estos niveles de seguridad se consiguen gracias a la existencia de normativas y controles sistemáticos de salud pública.

ALERTAS DE SALUD PÚBLICA Y PROBLEMAS DE SALUD POTENCIALMENTE EMERGENTES

En los últimos años estamos viendo como se producen brotes y la introducción de enfermedades en lugares de Europa y de los Estados Unidos, donde antes no existían. Algunos ejemplos son la fiebre del Nilo occidental, la malaria, el dengue, nuevas variantes del virus de la gripe, coronavirus, etc. Para hacer frente a estas amenazas es prioritario el mantenimiento y mejora de la vigilancia epidemiológica y el refuerzo del diagnóstico microbiológico, clave para la detección precoz y el manejo adecuado de los casos desde el punto de vista clínico y de salud pública.

RESISTENCIAS A ANTIMICROBIANOS

El control de las enfermedades transmisibles se basa en buena parte en la disponibilidad de fármacos antibióticos. La aparición de microorganismos resistentes y multirresistentes es un problema creciente en todo el mundo que limita las posibilidades terapéuticas, y podría suponer un retroceso en los avances que se habían logrado en el control de muchas enfermedades infecciosas. El abordaje de este problema debe contemplar la aplicación de políticas de uso de antibióticos, y la participación en redes nacionales e internacionales de vigilancia de resistencias.

Tabla 1. Número de casos y tasas de incidencia anual de distintas enfermedades e infecciones transmisibles.

	Tuberculosis	VIH	Sida	Gonococia	Sífilis	Hepatitis B
Casos						
2002	81	36	32	15	8	12
2003	84	37	21	30	17	15
2004	91	37	22	37	20	11
2005	85	32	18	20	14	4
2006	82	37	16	27	20	7
2007	75	35	16	69	14	13
2008	92	29	21	31	13	8
2009	78	37	9	30	34	7
2010	59	36	13	31	34	23
2011	83	31	6	52	35	16
Tasas por 100.000						
2002	14,2	6,3	5,6	2,6	1,4	2,1
2003	14,5	6,4	3,6	5,2	2,9	2,6
2004	15,6	6,3	3,8	6,3	3,4	1,9
2005	14,3	5,4	3,0	3,4	2,4	0,7
2006	13,6	6,1	2,7	4,5	3,3	1,2
2007	12,4	5,8	2,6	11,4	2,3	2,1
2008	14,8	4,7	3,4	5,0	2,1	1,3
2009	12,4	5,9	1,4	4,8	5,4	1,1
2010	9,3	5,7	2,0	4,9	5,3	3,6
2011	12,9	4,8	0,9	8,1	5,5	2,5

	Varicela	Enf. meningocócica	Enf. neumocócica invasiva	Tosferina	Hepatitis A	Legionela	Brucelosis	Salmonelosis	Hidatidosis
Casos									
2002	4352	16	85	6	4	70	10	476	13
2003	4291	15	90	10	11	20	8	343	20
2004	3470	11	90	10	33	34	1	369	7
2005	4277	13	83	10	22	18	2	267	7
2006	3558	19	95	8	14	166	2	178	21
2007	2522	25	98	6	18	27	3	152	9
2008	1430	30	107	10	28	31	0	154	15
2009	634	19	84	4	31	31	1	152	4
2010	359	12	62	3	13	15	3	107	15
2011	277	13	69	21	7	17	1	91	12
Tasas por 100.000									
2002	764,0	2,8	14,9	1,1	0,7	12,3	1,8	83,6	2,3
2003	742,1	2,6	15,6	1,7	1,9	3,5	1,4	59,3	3,5
2004	593,4	1,9	15,4	1,7	5,6	5,8	0,2	63,1	1,2
2005	720,7	2,2	14,0	1,7	3,7	3,0	0,3	45,0	1,2
2006	591,2	3,2	15,8	1,3	2,3	27,6	0,3	29,6	3,5
2007	416,3	4,1	16,2	1,0	3,0	4,5	0,5	25,1	1,5
2008	230,5	4,8	17,2	1,6	4,5	5,0	0,0	24,8	2,4
2009	100,5	3,0	13,3	0,6	4,9	4,9	0,2	24,1	0,6
2010	56,4	1,9	9,7	0,5	2,0	2,4	0,5	16,8	2,4
2011	43,1	2,0	10,7	3,3	1,1	2,6	0,2	14,2	1,9

2.2.9.2. SALUD LABORAL

ASPECTOS GENERALES

En los últimos años se han producido importantes cambios en la sociedad del trabajo que han conllevado la aparición de nuevos problemas en el mundo de la salud laboral. Estos cambios han sido de naturaleza demográfica y sociológica y de modelo de organización del trabajo. Sin embargo, se puede señalar que el hecho de mayor trascendencia ocurrido en los últimos años y que ha venido afectando a la población trabajadora es la actual coyuntura de crisis económica ya que sus consecuencias directas se dejan ver tanto sobre la vertiente preventiva, como en lo que se refiere a la aparición de daños sobre la salud de la población trabajadora. Hay que considerar que estos cambios no se han manifestado de modo brusco si no que han ido cristalizando de manera paulatina y su abordaje se ha ido desarrollando por medio de diferentes herramientas como el II Plan de Salud Laboral de Navarra, buscando conseguir no solo en el entorno de trabajo, sino en la población general, una concienciación y sensibilización frente a los problemas que para la salud de los trabajadores y de las organizaciones tienen unas condiciones de trabajo inadecuadas, a la vez que se ha querido proteger la salud de los que trabajan y hacer del trabajo una fuente de salud, con una atención especial a los colectivos más vulnerables.

El hecho más relevante de las tendencias demográficas es la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. La actividad laboral de la mujer está caracterizada por una mayor eventualidad, un menor salario y escasas posibilidades de promoción, ellas ocupan el mayor porcentaje de los contratos a tiempo parcial, y desempeñan en mayor proporción que los hombres trabajos monótonos y poco creativos, pero que exigen habilidad y precisión, mantenimiento de posturas inadecuadas y forzadas, movimientos repetitivos, con ritmos excesivos y sin posibilidades de pausas.

Un segundo fenómeno demográfico es el aumento de la población trabajadora emigrante que tiene sus propias características: provienen de experiencias laborales plurales, con culturas y disciplina de trabajo diversa, buscan resolver necesidades y condiciones de vida de distinta índole. Estos aspectos deben ser considerados desde la óptica de la salud laboral, la salud pública, así como en la formación en prevención de riesgos laborales. Los trabajadores inmigrantes trabajan con mayor frecuencia que los españoles en algunas ramas específicas de actividad, en el caso de los hombres los sectores de mayor inserción laboral son los de la construcción y agricultura y en el caso de las mujeres, el servicio doméstico y hostelería, de manera general son actividades con mayor problemática por su situación de precariedad y desregulación. Además al estudiar este fenómeno se debe considerar que el estado de salud de las poblaciones se modifica en relación no solo de la variabilidad de exposiciones y de la presencia o ausencia de determinados factores de riesgo, sino en función también de la sucesión de diferentes modelos culturales que interpretan los procesos de enfermar.

Un tercer factor demográfico es el envejecimiento de la población trabajadora en general. A mayor envejecimiento se produce mayor duración de los eventos de Incapacidad Temporal por contingencia común y laboral, mayor gravedad de los accidentes en jornada de trabajo con baja laboral y mayor cantidad de accidentes mortales, en tanto que a menor nivel de envejecimiento menor frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja laboral. La incidencia de la enfermedad profesional también crece con el envejecimiento de la población trabajadora. Por tanto hay que

tener claro que si la esperanza de vida es mayor, los esfuerzos por garantizar mejores condiciones deben ser también más grandes.

Junto con lo anterior se ha producido un cambio del tejido empresarial y de las actividades a las que se dedican. Hay que destacar la creciente actividad en los sectores de servicios y de la construcción que se observó hace unos años, junto al estancamiento en el de industria y el descenso en las actividades primarias que ha traído aparejado un cambio del perfil de riesgo de los puestos de trabajo. La realidad del mercado laboral se ha modificado de manera dramática así como las condiciones de trabajo en cada uno de estos sectores, y resultado de todo ello ha sido la aparición en escena de una situación que demandaba trabajadores cada vez más cualificados para realizar tareas con una menor exigencia física pero con más demanda psicológica.

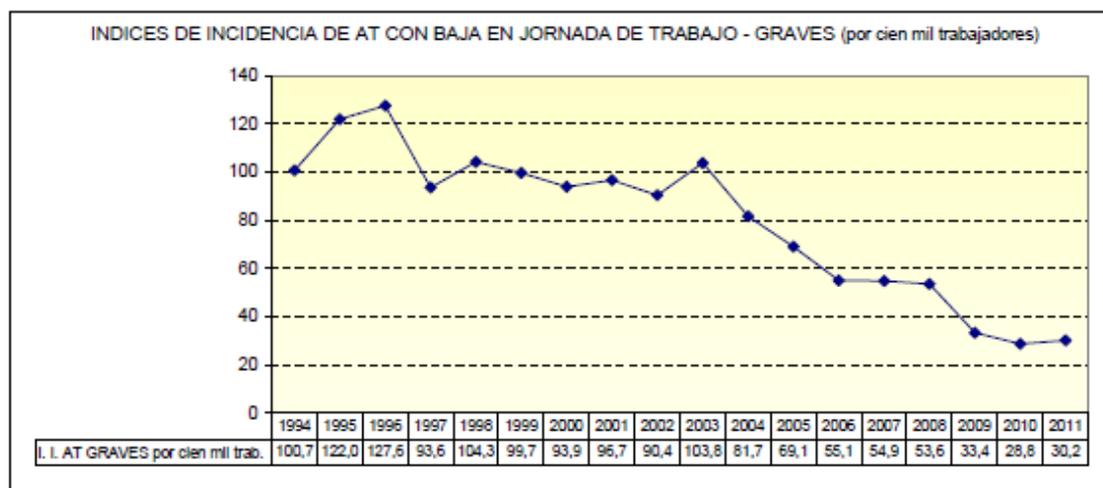
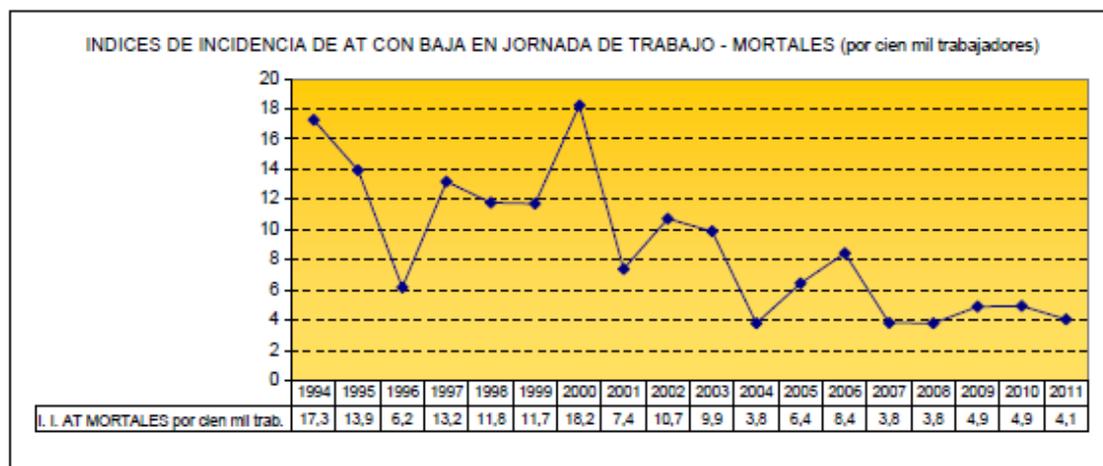
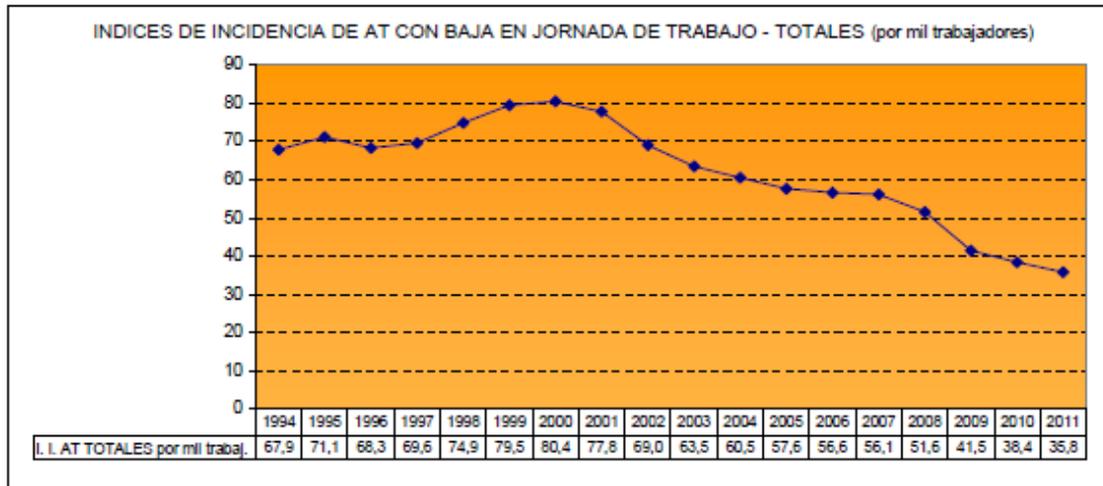
La conjunción de todos estos factores ha supuesto un reto para la observación y recogida de fenómenos relacionados con la salud laboral así como para el posterior abordaje de los problemas que han aparecido en este ámbito. Aun así hemos sido testigos de un cambio en el paradigma de la salud laboral en el que se ha pasado de una salud laboral centrada en las lesiones por accidentes de trabajo a otra donde las enfermedades, especialmente musculoesqueléticas y mentales, vienen teniendo cada vez más relevancia. La realidad de este panorama ha quedado asimismo reflejada en la percepción de los riesgos que recogen las encuestas sobre condiciones de trabajo realizadas a nivel nacional, y también la II encuesta Navarra de condiciones de Trabajo en las que destacan que los riesgos psicosociales son los que mayoritariamente preocupan a los trabajadores.

Está fuera de toda duda el impacto negativo que la precariedad laboral tiene sobre la salud, así como el impacto que la coyuntura de crisis que estamos sufriendo está teniendo sobre los diferentes indicadores de salud observados. Esta incertidumbre laboral, tiene un impacto sobre la salud no sólo de las personas que pierden su trabajo, sino también de las que continúan trabajando. Los cambios en la organización del trabajo consecuencia de las reestructuraciones que se incrementan en períodos de crisis suponen tendencias hacia la intensificación del trabajo, un incremento de la responsabilidad y trabajo por resultados de los trabajadores (no necesariamente con un incremento de autonomía), una mayor incertidumbre, un cambio hacia mecanismos de control más difusos, un deterioro de las relaciones interpersonales que puede significarse como un aumento de conflictos entre compañeros y un incremento del volumen de trabajo al reducirse habitualmente más la mano de obra que las exigencias del trabajo.

Estas tendencias tienen implicaciones en la salud, principalmente en términos de estrés, trastornos musculoesqueléticos, trastornos mentales de naturaleza ansioso-depresiva relacionados con la incertidumbre sobre el futuro laboral y siniestralidad, así como un aumento del consumo de tabaco y de los problemas en el entorno familiar.

LOS ACCIDENTES DE TRABAJO. EVOLUCIÓN 2004-2011.

Los Índices de Incidencia, aunque con oscilaciones leves, muestran una tendencia descendente para todos los grados de lesión, a lo largo del período (Figura AT-35).



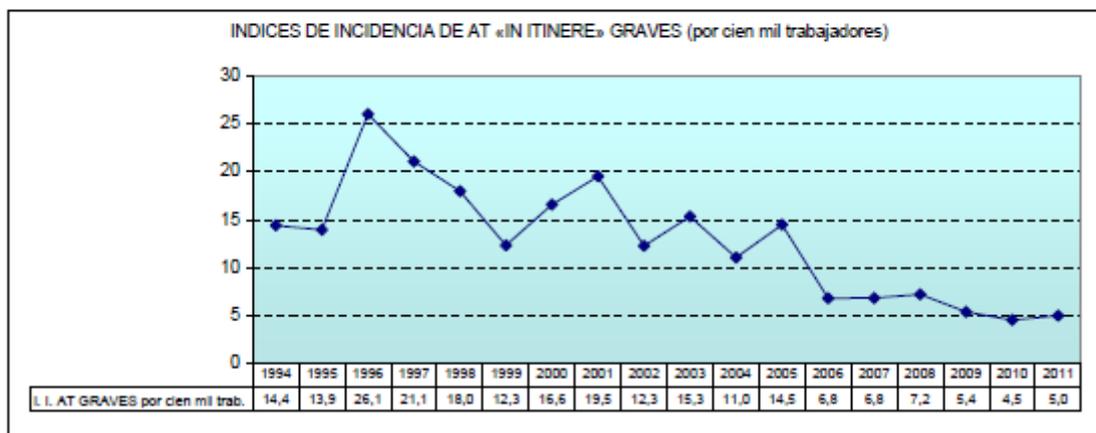
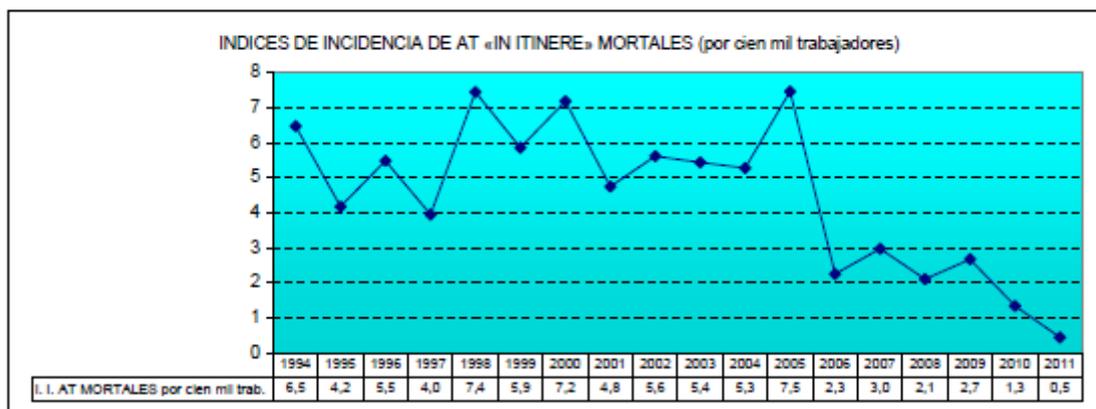
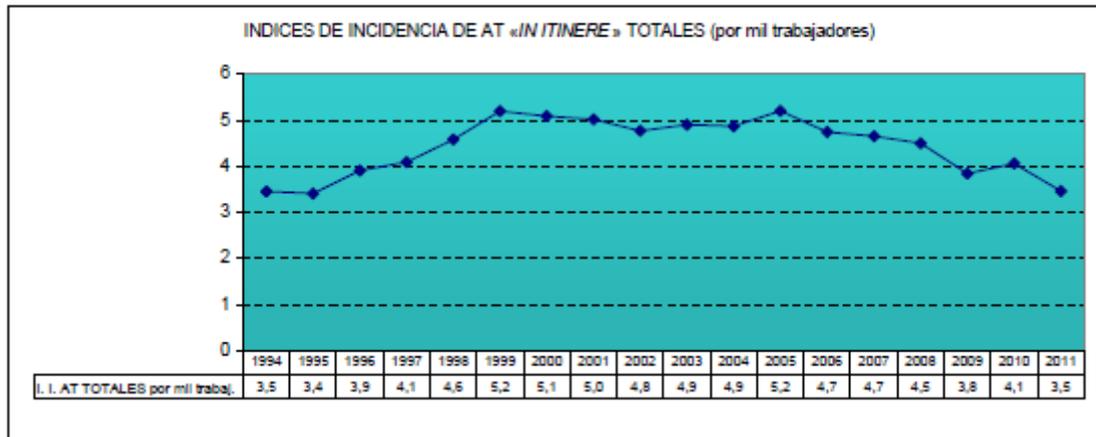
Fuente: I.N.S.L. Sección Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria

AT-35

Datos provisionales a fecha 1/02/2012

En 2011 se han alcanzado valores mínimos en la serie histórica (para graves y mortales) y similares a los del inicio de período para los totales.

Se mantiene el importante descenso de los accidentes «*in itinere*» observado en 2006 que se produce coincidiendo con la entrada en vigor del sistema de permiso de conducción por puntos (1 de julio de 2006) (Figura AT-36).



Fuente: I.N.S.L. Sección Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria

AT-36

Datos provisionales a fecha 1/02/2012

ENFERMEDADES PROFESIONALES

En el quinto año de implantación del sistema **CEPROSS**, comunicación de enfermedades profesionales en Seguridad Social, continúa la recuperación del Índice de Incidencia desde los cambios normativos de 2005 y 2006 (769,8 *100.000 trab.) (Tablas EP-3 y EP-9).

**INDICES DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SEGÚN SECTOR (CNAE-2009)
NAVARRA 2009**

SECTOR ECONÓMICO	n.º P.E.P.	nº trabajadores	Indice de Incidencia *100.000 trab.
Agricultura	14	10310	135,8
Industria	920	64755	1420,7
Construcción	77	19558	393,7
Servicios	413	129163	319,8
N.C.	3	509	589,4
TOTAL	1427	224295	636,2

**INDICES DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SEGÚN SECTOR (CNAE-2009)
NAVARRA 2010**

SECTOR ECONÓMICO	n.º P.E.P.	nº trabajadores	Indice de Incidencia *100.000 trab.
Agricultura	18	10274	155,7
Industria	903	63206	1428,7
Construcción	104	17388	598,1
Servicios	483	130477	370,2
N.C.	1	1080	92,8
TOTAL	1507	222425	677,5

**INDICES DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SEGÚN SECTOR (CNAE-2009)
NAVARRA 2011**

SECTOR ECONÓMICO	n.º P.E.P.	nº trabajadores	Indice de Incidencia *100.000 trab.
Agricultura	20	10100	198,0
Industria	1094	63384	1728,0
Construcción	85	15568	546,0
Servicios	508	131416	388,8
N.C.		1287	0,0
TOTAL	1707	221755	769,8

Fecha última actualización 1/02/2012

Fuente: CEPROSS. ORDEN TAS/1/2007 de 2 de enero

Elaboración: I.N.S.L. Sección Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria

EP-3

**EVOLUCIÓN DE LOS PARTES DE DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL
INDICES DE INCIDENCIA POR SECTORES ECONÓMICOS
NAVARRA 2002 - 2011**

SECTORES ECONÓMICOS	Índice de Incidencia * 100.000 trabajadores									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
AGRICULTURA	288,4	336,4	301,3	258,7	262,7	169,9	329,3	135,8	155,7	198,0
INDUSTRIA	2177,9	2206,0	1962,3	1788,2	1675,8	1359,3	1431,3	1420,7	1428,7	1726,0
CONSTRUCCION	1225,8	1140,8	1201,9	1087,4	823,8	608,3	592,4	393,7	598,1	546,0
SERVICIOS	661,6	650,1	545,5	502,5	523,2	349,8	387,5	319,8	370,2	386,6
TOTAL	1192,8	1181,4	1037,3	938,9	879,5	667,6	714,0	636,2	677,5	769,8

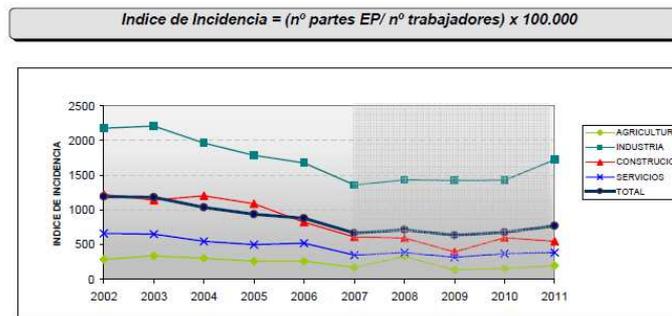
Fuente Población Asalariada: Datos cedidos por el Servicio de Estadísticas de Protección Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. A partir de 1 de enero de 2009 la clasificación de actividades utilizada es la vigente CNAE-2009, anteriormente CNAE-93.

EP-9

Datos 2007-2011: CEPROSS. ORDEN TAS/1/2007 de 2 de enero

Elaboración: I.N.S.L. Sección Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria

Fecha última actualización 1/02/2012



2.2.9.3. LOS ACCIDENTES

Según datos y observaciones recogidos en el informe “Las lesiones en la Unión Europea” (‘Europe Injuries Database’), las lesiones son una de las primeras causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad en la sociedad europea y aunque, en los últimos cinco años, los accidentes de tráfico y laborales han disminuido notablemente, no ha pasado lo mismo con los accidentes ocurridos en el hogar y lugares de ocio, que representan el 73% de los accidentes y afectan especialmente a poblaciones vulnerables, como los niños, las personas mayores y las personas con discapacidad.

Según el informe, que analiza datos del periodo 2008-2010, una media de 40 millones de europeos necesitan asistencia hospitalaria por lesiones – en torno a 6 millones son hospitalizados- y 233.000 mueren.

En el caso de España, según datos ministeriales, 14.233 personas (64,4% hombres y 35,6% mujeres) fallecieron y 160.000 tuvieron que ser ingresadas por causa de lesiones, según datos de 2011.No se dispone de información sobre los motivos de la agresión faltando por este motivo información sobre temas de gran interés como violencia de género, agresiones a niños o a ancianos, lesiones por productos domésticos, actividades deportivas, productos domésticos etc.

Los datos estimados de número de Urgencias en Navarra, lesiones e ingresos son los siguientes:

Tabla Número de Urgencias en Navarra, lesiones e ingresos.

Centro	Número de Urgencia/año	Lesiones	Ingresos
Complejo Hospitalario de Pamplona	120.000	30.000	3.300
Hospital de Estella	24.000	6.000	660
Hospital de Tudela	36.000	9.000	990
Total de Navarra	180.000	45.000	4.950

En los pacientes atendidos en urgencias, se observan el descenso de los accidente de tráfico y laborales y la existencia de dos picos de afectados, uno en torno a los 20 años con lesiones relacionadas con los deportes y actividades domésticas y otro en pacientes en torno a los 80 años por caídas en el domicilio.

Las lesiones mortales en el domicilio están causadas por las intoxicaciones por alcohol y otras drogas que predominan claramente (40 % del total), seguido de fallecimientos relacionados con el fuego y el humo (37%), y otras causas como ahogamientos por aspiración de diversos objetos (6%), lesiones por instrumentos, objetos y maquinaria (5%); ingesta de objetos y asfixias (5%); lesiones eléctricas (5%); o agua caliente y otros líquidos (2%).

Existe una incidencia especial en niños en temas relacionados con la aspiración de cuerpos extraños que producen la asfixia o lesiones por maquinaria diversa (bebidas calientes, agua hirviendo, estufas, hornos, placas calientes, etc.).

En cuanto a las lesiones no fatales producidas en el domicilio o durante el ocio, predominan las relacionadas con las estructuras de los edificios (caídas), causantes del 43%, seguidas de una amplia gama de motivos relacionados con la maquinaria relacionada con la actividad laboral (14%) y el equipamiento deportivo o recreativo (10%).

El número de muertes y lesiones graves por accidentes de tráfico y laborales se han reducido drásticamente por el mayor conocimiento de los riesgos y la aplicación de medidas preventivas y punitivas. No ha habido una disminución similar en el número de accidentes en el hogar o el ocio, incluso aumentan en las personas mayores. Debido a la difícil intervención en estos ámbitos y a la amplia gama de entornos y circunstancias en los que ocurren, se debe optar por la educación y la prevención.

2.2.9.4. VIOLENCIA

El impacto de la violencia en salud aparece en varias formas por todo el mundo y sus efectos se ven en los casos de muerte, enfermedad, discapacidad y en la calidad de vida. Se manifiesta a diario, en todos los ámbitos y a todos los niveles de la sociedad.

La OMS (1996) reconoce que la violencia es un problema de salud pública y prevé en sus informes que, para el año 2020 llegará a ser una de las primeras causas de carga de enfermedad y muerte.

En el mundo más de cinco millones de personas mueren cada año y muchas más sufren agresiones de distinto tipo. No obstante, todavía se dan resistencias para percibirla como un problema de salud pública y de derechos humanos, asociándola casi únicamente a criminalidad. Los determinantes sociales y las causas relacionales tienen una influencia decisiva en la génesis de la violencia.

EL MALTRATO A MENORES

Ver apartado 2.3.7 “Problemas de salud en edad infantil y adolescencia”

GENTE JOVEN Y VIOLENCIA

En países de Europa occidental, la tasa de homicidio de población joven es de 0,9 por 100.000 (tasa mundial: 9,2). De las 15 principales causas de muerte de la juventud (15-

29 años) ocho están relacionadas con violencia o lesiones. Por cada joven víctima mortal de la violencia, entre 20 y 40 sufren lesiones que precisan tratamiento hospitalario. La hiperactividad, la impulsividad, el control deficiente del comportamiento y los problemas de atención son factores de personalidad presentes en violencia de la gente joven.

VIOLENCIA EN EL TRABAJO (MOBBING)

El “Mobbing” o violencia en el trabajo está ampliamente extendido, según algunas investigaciones el 53% de personas empleadas han sufrido intimidación en el trabajo, el 78% han presenciado dicho comportamiento y en el 10-15% de los suicidios tal padecimiento con efecto acumulativo ha sido un factor.

DATOS DE NAVARRA

La ENS Navarra 2006 analiza la prevalencia de agresión o maltrato sufrido en el último año. El resultado para Navarra es que el 1,8% de las personas ha sufrido algún tipo de agresión o maltrato sin diferencias en población adulta e infantil. En España es un 2,9%.

Entre la juventud Navarra, según la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007, el 6,6% declara haber sufrido algún tipo de agresión o maltrato en el último año, sin diferencias por sexo. De las personas agredidas en este colectivo (14-29 años) el 16,8% han sido agredidas de manera muy habitual o frecuente. Destaca que en el 13,3% de los casos, la agresión fue realizada por parte de la pareja y en el 23% por compañeros de clase. El informe de la Encuesta recoge datos del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): *“en población escolar de 11 a 17 años se encontró que un 12,7% declaraba haber sido maltratado en el colegio o instituto en los últimos dos meses tanto en Navarra como a nivel nacional”*.

El 50% de la actividad clínica de la actividad forense del Instituto Navarro de Medicina Legal (INML) corresponde a violencia y lesiones (más de 2.500 casos cada año) con un ligero incremento en los años analizados (Tabla 1). El 41,4% son agresiones, el 6,5% maltrato doméstico y el 1,2% abusos sexuales.

Tabla 1. Evolución de actividad clínica de medicina legal 2005-2011.

ASUNTO	AÑO							2005-2011	
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	N	%
Agresiones	2206	2083	2231	2547	2544	2314	2324	16249	41,4
Abusos sexuales	55	58	62	82	69	64	66	456	1,2
Maltrato doméstico	283	373	491	402	336	326	333	2544	6,5
Acc. Tráfico	902	989	1071	1036	1098	929	823	6848	17,4
Atropellos	129	151	118	93	60	61	69	681	9,8
Incapacidades	537	503	612	545	545	650	449	3841	9,8
Toxicología	25	21	123	173	233	220	206	1001	2,5
Acc. Laborales	22	44	45	37	21	17	8	194	0,5
Otros: salud mental, internamiento, social...	792	956	883	1813	970	988	1077	7479	19,0
Total año	4951	5178	5636	6728	5876	5569	5355	39293	100
%	12,6	13,2	14,3	17,1	15,0	14,2	13,6	100,0	

La evaluación de los fallecimientos con etiología médico-forense en el periodo 2002-2011 muestran un aumento de los suicidios (Tasa 8,5 por 100.000 en 2011),

mantenimiento de los homicidios (Tasa 1,0 por 100.000) y disminución de las reacciones adversas a drogas (Tasa 0,8 por 100.000 en 2011) (Figura 1).

Figura 1.



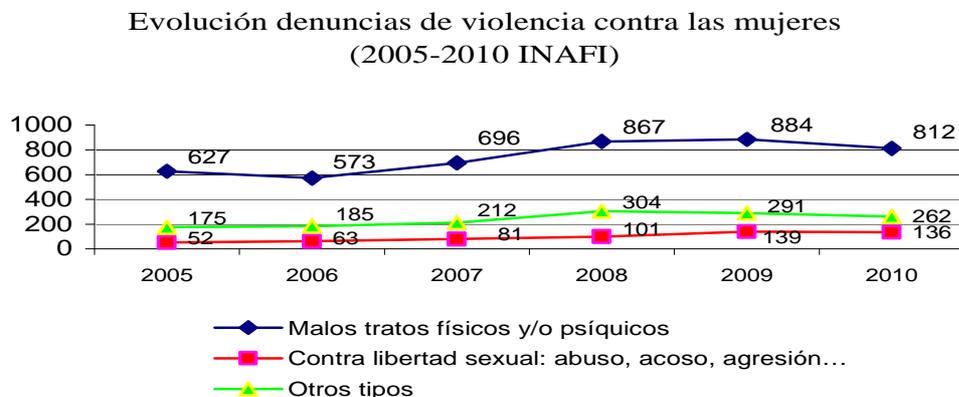
Fuente: Memoria 2011 Instituto INML Servicio de Patología.

VIOLENCIA DE GÉNERO

Aunque existen otras formas de violencia contra la mujer, la más común es la infligida por su pareja masculina, con una tendencia creciente. Las consecuencias, sobre la salud de las mujeres de la violencia ejercida por sus parejas masculinas son en unos casos mortales (relacionada con el SIDA, homicidio, suicidio) y siempre físicas, sexuales y reproductivas, psíquicas y del comportamiento. Para los y las menores que presencian esta violencia las consecuencias son devastadoras para su desarrollo psicológico y emocional.

Según los informes de la Comisión de Seguimiento del II Acuerdo Interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres de Navarra, en 2010, más de la mitad (59%) de la violencia registrada (en torno a 1.200 casos cada año) es violencia de género. El 12% es violencia contra la libertad sexual, de ella el 3% es contra menores. Estos tipos de violencia aumentan según se ve en la tabla de evolución de denuncias (Figura 2)

Figura 2. Evolución denuncias de violencia contra las mujeres. 2005-2010.



Fuente: Memorias 2009 y 2010 de la Comisión interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres.

En los servicios sanitarios, es Atención Primaria quien tiene mayor capacidad de detección de casos. En los servicios de Urgencias hospitalarios se detecta algún caso. Según los registros, 286 mujeres reconocieron en Atención Primaria en 2012, por primera vez, sufrir malos tratos, esto supone una incidencia anual de 103,1 casos/100.000 mujeres de 14 y más años.

Tabla 2. Tasa por grupos de edad en el trienio 2009-2001

Grupos de edad	2010		2011*		2012	
	Nº	Tasa/100.000	Nº	Tasa/100.000	Nº	Tasa/100.000
14 a 29 años	310	565,19	106	196,49	88	166,26
30 a 44 años	305	396,28	145	187,57	105	136,10
45 a 64 años	120	151,63	69	85,74	67	81,66
65 y más años	38	60,27	21	32,64	26	39,85

* A partir de 2011 hay un importante descenso del número de casos porque se excluyó el epígrafe problema derivado de la violencia agresiones por su inespecificidad.

Tabla 3. Distribución según el tipo de maltrato

Tipo de maltrato	2010		2011		2012	
Psicológico	87	11,2 %	88	25,8 %	66	23,1%
Sexual	33	4,3 %	23	6,7 %	23	8,0%
Físico	653	84,5 %	230	67,5 %	197	68,9%

Tabla 4. Relación de convivencia con el maltratador

Tipo de maltrato	2010		2011		2012	
Cónyuge/Pareja	290	37,5 %	275	80,6 %	216	75,5%
Hijos	20	2,6 %	27	7,9 %	31	10,8%
Padres	10	1,3 %	16	4,7 %	16	5,6%
No se sabe	453	58,6 %	23	6,8 %	23	8,1%

La actividad en materia de violencia de género de otros organismos miembros de la Comisión de seguimiento del II Acuerdo Interinstitucional, se recoge en la Tabla 5. Destaca Juzgados y Tribunales con 1.754 casos de los cuales, al 65,7% se le concede orden de protección y al resto se deniega (601 casos sin protección).

Tabla 5. Actividad de otros organismos miembros de la Comisión de seguimiento en materia de violencia de género del año 2011

Institución	Nº de casos atendidos
SOS Navarra 112	495
Cuerpos policiales	1.227
Juzgados y Tribunales	1.754 casos. Órdenes de protección concedidas: 1.153 (65,7%) resto denegadas.
Servicio de atención jurídica a las mujeres	Asistencia: 635 Asesoramiento: 125
Asuntos sociales, atención en recursos de acogida	Centro de urgencias: 82 mujeres, 82 menores Casa de acogida: 10 mujeres, 20 menores Pisos tutelados: 6 mujeres, 12 menores
Servicio Social de Justicia	Violencia de género: 115 Contra la libertad sexual: 16 Contra la libertad sexual en menores: 6 Otros: 32 Tratamiento maltratadores: 213

Fuente: Informe anual de violencia 2011. Instituto Navarro para la Igualdad y familia (INAF)

EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES es considerado por la OMS como un problema social grave de cuya magnitud se dispone poca información y que probablemente aumente, dado el rápido envejecimiento de la población. La prevalencia

de sospecha de malos tratos alcanza casi el 12%, cifra que ha sido confirmada en informes técnicos y que posiblemente sea superior en mayores con déficits cognitivos. Hay estudios que confirman que la prevalencia de maltrato es mayor en las residencias de ancianos y otras instituciones y servicios sociales y sanitarios (uso de medios físicos de coerción, privación a los pacientes de su dignidad y de la posibilidad de decidir en asuntos cotidianos, atención deficiente).

2.2.9.5. ENFERMEDADES RARAS

Según la definición de la Unión Europea, las Enfermedades Raras son aquellas enfermedades con peligro de muerte o invalidez crónica que afectan a menos de 5 personas por cada 10.000 habitantes. Si aplicásemos este criterio a la población de Navarra, estaríamos hablando de enfermedades que, cada una de ellas, afecta a menos de 320 navarros.

Se estima que el número de enfermedades que pueden ser consideradas Enfermedades Raras oscilaría entre 6.000 y 8.000 y que en su conjunto afectan a un 5-7% de la población. Según estas estimaciones en Navarra, el número de personas afectadas por alguna Enfermedad Rara estaría entre 30.000 y 42.000.

Un 80% de estas enfermedades son de origen genético y aunque son un grupo heterogéneo de enfermedades, hay algunas características comunes a la mayor parte de ellas como iniciarse en la edad pediátrica, ser crónicas, muy invalidantes y suponer una gran carga de enfermedad tanto para los pacientes como para sus familias.

Es necesario considerar la importancia y especificidad de estas enfermedades ya que a su tendencia a la cronicidad y la discapacidad se añaden la dificultad del diagnóstico, el alto precio de los pocos tratamientos disponibles, la falta de centros de referencia o escasa información de los que hay, escasa investigación y falta de sensibilización social.

Como fortalezas de nuestra Comunidad podemos destacar el acceso al asesoramiento genético y a los tratamientos con evidencia científica, siendo necesario seguir trabajando en la ampliación del cribado neonatal de enfermedades metabólicas, formación de los profesionales de Atención Primaria en síntomas de alarma y criterios de sospecha diagnóstica, en la extensión de la RHB para mantener la capacidad funcional de las personas enfermas y en la coordinación para la atención integral de las personas afectadas por ER con otros departamentos e instituciones.

2.2.9.6. ENFERMEDADES REUMATICAS Y OSTEOPOROSIS

Bajo el término **enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyME)** se incluyen más de 200 enfermedades que tienen manifestaciones clínicas en el aparato locomotor, de cuya prevención, diagnóstico y tratamiento médico se ocupa la Reumatología, tanto en sus aspectos locales como sistémicos. Incluye todo tipo de artritis, dolor lumbar, enfermedades óseas, reumatismos de partes blandas con dolor regional o generalizado y enfermedades sistémicas del tejido conectivo, con capacidad de afectación sistémica y de órganos vitales que complica el manejo de muchas de ellas. Son enfermedades con alta prevalencia en la población general, con gran tendencia a la cronicidad y un gran riesgo de conducir a incapacidad, por lo que constituyen una de las causas más importantes de consumo de recursos sanitarios y discapacidad. En España

las ERyME suponen con frecuencia la primera causa anual de incapacidad laboral temporal y son responsables de más del 50% de las incapacidades permanentes.

La **osteoporosis** es una enfermedad que se caracteriza por la disminución de la masa ósea y por una alteración de la microestructura del hueso que ocasiona una mayor fragilidad del mismo y, por tanto, un aumento del riesgo de sufrir fracturas, principalmente de cadera (FC), vertebrales (FV) y muñeca (FM). En España se estima que la osteoporosis afecta al 35% de las mujeres mayores de 50 años y hasta el 52% de las mayores de 70 años.

Entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2002 se registraron en España 120.220 nuevos casos de FC. Según estos datos, la incidencia anual de FC en personas de 65 o más años fue de 511 por cada 100.000 habitantes (265 en hombres y 688 en mujeres). El riesgo de una mujer española de más de 50 años de padecer a lo largo de su vida una FC puede situarse entre el 12-16%.

La incidencia de FV es, sin embargo, más difícil de determinar porque alrededor de un 60% de las mismas no son detectadas clínicamente. Se estima que uno de cada cuatro pacientes con FV sufrirá una segunda FV durante los dos años siguientes y el 26% sufrirá una fractura no vertebral durante el año siguiente.

Situación global

- No se ha evaluado suficientemente la eficiencia de los tratamientos farmacológicos más utilizados para la prevención de fracturas.
- No hay un patrón común que permita priorizar las acciones terapéuticas teniendo en cuenta los resultados en salud y sus costes.
- Conviene definir e identificar el especialista de referencia y gestor para este tipo de patología.
- Conviene establecer indicaciones definidas para la realización de una densitometría ósea.
- Estrategias terapéuticas:
 - o Mejorar la evaluación del riesgo de fractura
 - o Mejorar los criterios de selección de fármacos y la duración óptima del tratamiento
 - o Mejorar la evaluación de la eficacia del tratamiento
 - o Tratar de definir algunos factores predictivos de respuesta al tratamiento
 - o Optimizar la secuencia y las estrategias terapéuticas.

2.2.9.7. DISFUNCIÓN ERECTIL

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, por lo que constituye un componente más de la salud integral de la persona. La impotencia sexual masculina o disfunción eréctil es la incapacidad persistente para conseguir o mantener una erección que permita una relación sexual satisfactoria.

Incidencia y prevalencia.

La disfunción eréctil es un reto sanitario de primera magnitud. Es un trastorno que afecta a más de 150 millones de varones de todo el mundo y a más del 50% de los

varones de 40-70 años de EEUU. Aumenta con la edad, los varones de 70 años tienen tres veces más de probabilidad de presentar disfunción eréctil que los de 50 años. La prevalencia de disfunción eréctil oscila entre el 16% y el 52% dependiendo de la población de pacientes y de su definición.

Factores predisponentes, causales.

El hecho de que en el desarrollo de la arterioesclerosis se observe un patrón semejante con respecto a la edad y la investigación de los factores vasculares han determinado que hoy se considere a la mayor parte de los casos de disfunción eréctil una vasculopatía. Además comparten los mismos factores de riesgo la disfunción eréctil y la enfermedad arterial coronaria: hipertensión, obesidad, hipercolesterolemia, diabetes, modo de vida sedentario, tabaquismo. Existe en la actualidad la teoría de que el diagnóstico de disfunción eréctil en pacientes asintomáticos puede ser un marcador de cara al diagnóstico de una arterioesclerosis

Expectativas futuras

Se calcula que para el año 2025, habrá más de 322 millones de varones afectados de disfunción eréctil. Este dato se ve facilitado por el envejecimiento de la población sobre todo en los países desarrollados.

Carga asistencial

Existen datos que confirman que sólo el 18% de los pacientes con problemas en la esfera sexual consultan su problema con su médico. Tan sólo el 6% de los médicos preguntan directamente por la sexualidad a sus pacientes. Se ha demostrado que el paciente acepta que sea el médico el profesional que investigue y trate su posible disfunción sexual. En un estudio desarrollado en Holanda, el 58,1% de los pacientes diagnosticados de disfunción eréctil tenían intención de solucionar su problema.

Pauta de diagnóstico y tratamiento

- Valoración desde Atención Primaria
- Exploración física general y urológica básica. Determinación analítica general, descartando factores de riesgo vascular asociados y valoración hormonal en casos de disminución de la libido.
- Métodos especializados: Test de inyección de PGE1, Ecodoppler duplex con valoración de la vascularización peneana.
- Métodos más invasivos: arteriografía pudenda o cavernosometría en casos muy determinados.
- Tratamiento: Inicial mediante modificación de los factores de riesgo vascular modificables (tabaco, HTA, sedentarismo, control de la diabetes, etc.). Cambio de fármacos asociados a la disfunción eréctil.
- El descubrimiento de la vía metabólica de síntesis del óxido nítrico y la aparición de inhibidores de la 5PDE (sildenafil, vardenafil y tadalafil) suponen un tratamiento oral cómodo para el paciente. Es previsible la aparición de más moléculas con menos efectos secundarios y mayor rapidez de acción. Conviene destacar la investigación de ésta vía en el tratamiento de hiperplasia benigna de próstata.
- Administración de fármacos inyectables en el cuerpo cavernoso. Se ha investigado la administración de fármacos vía intrauretral.
- Tratamiento con dispositivos de vacío para conseguir una erección. Intervenciones con colocación de prótesis peneanas.

2.2.10. PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES

La relevancia de los problemas de salud, viene dada en muchos casos por su gran impacto en la mortalidad y/o morbilidad, discapacidad etc. En otros casos sin embargo, la importancia de un problema, se debe a que es nuevo, no esperado o a que genera una situación imprevista, se trata de los problemas llamados emergentes. Como ejemplos conocidos, en el momento actual, se podrían citar la obesidad infantil o la infertilidad ligada al retraso en la edad reproductiva o el fracaso escolar entre otros.

Por otra parte también sucede que algunas enfermedades tradicionales, como consecuencia de cambios demográficos y de todo tipo sufridos por la sociedad, han adquirido un mayor protagonismo y tienen mayor impacto en la sociedad en el momento actual, sería por ejemplo el caso de la demencia.

Para la identificación de estos problemas se ha contado con la colaboración de los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Foral, ya que, al ser la vía de acceso de la población al sistema y estar integrados en la comunidad, son los primeros en detectar los cambios del patrón de enfermar de una comunidad. Para su clasificación se ha seguido una distribución etaria.

PRINCIPALES PROBLEMAS EMERGENTES

INFANCIA	JUVENTUD
Riesgo psicosocial Obesidad. – Alimentación inadecuada. – Sedentarismo Problemas emocionales del menor Trastornos del comportamiento Violencia, maltrato infantil, bullying, Aumento de prevalencia de TDAH. Aumento de alergias	Trastornos del comportamiento Consumos de drogas. Trastornos adaptativos. Violencia Ciberadicción Accidentalidad
ADULTOS	ANCIANOS
Obesidad / Sedentarismo Resistencia a los antibióticos Trastornos emocionales y adaptativos Aumento de prevalencia de diabetes y HTA. hipercolesterolemia Sobrecarga de personas cuidadoras Abuso de sustancias Fibromialgia Fatiga crónica Síndrome químico múltiple	Aumento de pacientes crónicos Aumento del nº de dependientes Policonsumo de fármacos Trastornos emocionales en ancianos. Sobrecarga de cuidados familiares Sobrecarga de personas cuidadoras Soledad, aislamiento. Abusos y maltrato al mayor

2.4. Percepción de salud y calidad de vida

La autoevaluación del estado de salud refleja la percepción que el individuo tiene de su salud, es un indicador reconocido como buen predictor de la morbilidad y la mortalidad de la población.

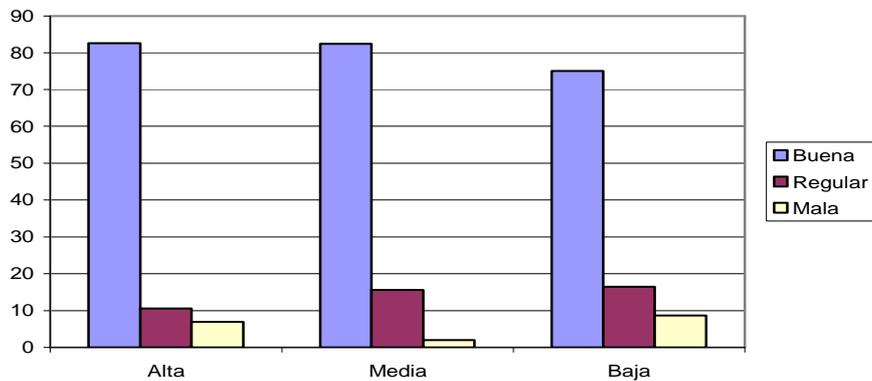
Según la ENS 2011/12, tres de cada cuatro adultos tienen una percepción buena de su salud. Es mejor en los hombres que en las mujeres. Un 80,8% de los hombres considera

que su salud es buena frente a un 75,6 de las mujeres. El análisis por grupo de edad muestra que las diferencias por sexo solo son estadísticamente significativas en el grupo de 45 a 64 años.

Al aumentar la edad la percepción del estado de salud empeora. Solo la mitad de los mayores de 65 años consideran bueno su estado de salud y un 21,3% considera que es malo o muy malo, frente al 6,5% de los adultos de 45-65 años y menos del 1% de los más jóvenes (15-44 años). No se puede analizar el grupo de mayores de 65 en grupos de edad más pequeños porque el tamaño de la muestra de la ENS 2011/12 no permite obtener resultados suficientemente precisos en esos subgrupos.

Como ya se constataba en las encuestas de salud de 2001 y de 2006, las clases sociales más desfavorecidas tienen peor percepción de su estado de salud lo que se corrobora en la encuesta de condiciones de vida de la población Navarra de 2012. En esta encuesta se observa que en aquellos hogares con menos posibilidades económicas la valoración de la salud es más negativa que en los de más posibilidades económicas..

Figuras 1. Percepción del estado de salud según clase social.



Fuente ENS. 2011

CALIDAD DE VIDA

En la ENS 2011, se aplica un instrumento de medición de calidad de vida, el Euroqol-5. La dimensión en la que más personas declaran tener problemas es en el dolor, un 20,7% de la población declara padecerlo en alguna medida.

Hay diferencias por sexo en el sentido de que hay más mujeres afectadas en todas las dimensiones excepto en la capacidad de autocuidado y en la de hacer las actividades cotidianas. En todas las dimensiones hay un empeoramiento con la edad.

Tabla 1. Prevalencia de personas con algún problema el día de realización de la encuesta. Navarra.

Algún problema de	Hombres	Mujeres	Total
Movilidad	8,6	14,4	11,5
Autocuidados	--	4,4	4,0
Actividades cotidianas	7,8	9,6	8,7
Dolor/malestar	16,9	24,4	20,7
Ansiedad/depresion	8,7	18,6	13,7

Fuente: ENS 2011

En las personas mayores de 65 años, de las cinco dimensiones medidas, también el padecimiento de dolor es la que afecta a más personas, al 44,2%. Está seguido de los problemas de movilidad que afectan al 38,1%, dificultades para la vida cotidiana al 27,3, ansiedad/depresión al 19,2% y capacidad de autocuidado al 17%.

La valoración global de la salud percibida el día de la encuesta (EVA) obtiene una media de 77,8 puntos (desviación de 16,2) sobre 100 para toda la población. En los mayores de 65, la media es de 66,0 puntos (desviación=19,3).

2.5. Desigualdades en salud. Inequidad

Las diferencias, las desigualdades en la situación de salud de las personas y de los pueblos no siempre deben ser motivo de preocupación, pueden ser un reflejo de las diferencias. Son las desigualdades “innecesarias, evitables e injustas” las que generan inequidad y las que deben ser objeto de intervención.

La noción de inequidad es un imperativo ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos

Los factores clásicamente ligados a inequidad en salud, aquellos factores que condicionan el nivel de enfermedades y la edad a la que fallecen las personas son el nivel socioeconómico (expresado en empleo, nivel de ingresos y educación), la etnia, el género y el acceso al sistema de salud condicionado a su vez de manera clave por el tipo de sistema de protección sanitaria.

España ha dispuesto de un sistema de provisión de servicios sanitarios de calidad, financiado mediante impuestos, con alta **accesibilidad** y cobertura universal hasta el Real Decreto-ley 16/2012 que dejó fuera del sistema al colectivo de inmigrantes ilegales, si bien Navarra ha introducido medidas correctoras para paliar esta situación. Este mismo Decreto modifica el sistema de participación de los usuarios y sus beneficiarios en el pago de la prestación farmacéutica: el copago farmacéutico. Establece que la aportación del usuario será proporcional a su nivel de renta y afecta también a los pensionistas hasta ese momento exentos del pago de medicamentos.

A las limitaciones establecidas por este decreto, se suman los problemas de accesibilidad generados por las listas de espera en crecimiento en los últimos años.

A pesar de las limitaciones ya señaladas en cuanto a la cobertura, copago farmacéutico, y a los problemas de accesibilidad generados por las crecientes listas de espera, se puede considerar que el Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea (SNS-O) proporciona unos resultados de calidad así como seguridad en la atención sanitaria, satisfacción en los usuarios y legitimación del sistema por parte de la población y que no es un factor importante en la generación de desigualdades en salud.

En cuanto a la **etnia**, en Navarra se identifican desigualdades en población gitana y se abordan mediante un programa específico de intervención dirigido a disminuir los riesgos asociados a sus estilos de vida y a facilitar el acceso y la adecuada utilización de los servicios de salud.

La **población inmigrante** que en 2012 representaba el 10,8% de la población total de Navarra, tiene una manera diferente de utilizar los servicios sanitarios, mayor uso de urgencias y menor de Atención Primaria y bastantes similitudes en los problemas de salud, con una mayor incidencia de problemas de salud mental.

En nuestro medio el género y el nivel socioeconómico son las causas principales de desigualdades en salud.

DESIGUALDADES POR GÉNERO

En la mayor parte de los registros sanitarios y en muchas investigaciones, encuestas de salud etc. se recoge la variable sexo, sin embargo no siempre se muestran los datos desagregados por esta variable y en muchas menos ocasiones se hace el análisis de género pertinente sobre los determinantes de la salud, motivos de consulta, cargas de enfermedad etc.

Profesionales de la salud y expertos en la investigación han identificado como un problema importante la inequidad de género en los factores determinantes, en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios y proceso de atención a mujeres y hombres.

Factores determinantes

Mujeres y hombres tienen factores de riesgo diferenciales. Muchas mujeres, a pesar de los grandes avances experimentados, tienen peores trabajos y salarios más bajos, menos posibilidades de tomar decisiones, más desventajas sociales, padecen el estrés físico y mental de la doble jornada y el ocasionado por el trabajo emocional como cuidadoras de toda la familia y, además, estas responsabilidades hacen que practiquen menos ejercicio físico, duerman menos horas y disfruten de menor tiempo de ocio

Por el contrario, los factores de riesgo ligados a los estilos de vida, en general, son menos prevalentes en mujeres que en hombres, las diferencias existentes se mitigan en las edades más jóvenes pero sin llegar a desaparecer.

En este documento de análisis de situación de Navarra se han encontrado diferencias por sexo que se detallan en cada apartado, destacándose las siguientes:

- Peores estilos de vida en hombres que en mujeres en :
 - o Consumo diario de tabaco
 - o Consumo habitual de alcohol
 - o Consumo de cannabis y de otras drogas ilegales
 - o Peores hábitos alimentarios
 - o Mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.
- Mejor estilo de vida en relación al sedentarismo: mayor prevalencia de hombres que hacen actividad física en tiempo libre que de mujeres.

Estado de salud y mortalidad

Mujeres y hombres no enferman de los mismos procesos ni con la misma frecuencia; no expresan la misma sintomatología ni responden igual a los tratamientos. Además de los motivos de consulta que atañen exclusivamente a mujeres o a hombres, como son los procesos de salud relacionados con las características biológicas propias de cada sexo, las mujeres padecen una morbilidad diferencial respecto a los hombres, es decir, un conjunto de enfermedades o procesos que son más frecuentes en ellas, como son los problemas osteomusculares, el dolor y la fatiga crónica, las enfermedades autoinmunes, las alteraciones endocrinas, los trastornos de la salud mental y de la conducta alimentaria, y la incontinencia de orina, entre otros. Todo esto sin olvidar que la discriminación por razones de género también puede expresarse directamente, en forma de violencia contra las mujeres.

Las Encuestas de Salud identifican en las mujeres un mayor padecimiento de problemas crónicos, una mayor restricción temporal de la actividad y una peor salud percibida, indicador este último que correlaciona muy bien con la morbilidad y la mortalidad de la población.

En cuanto a la mortalidad, las mujeres tienen mejores indicadores de esperanza de vida que los hombres.

Desigualdades en la práctica clínica

Diferentes estudios han identificado sesgos de género en la atención sanitaria, en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico y en la investigación. Estos sesgos, generalmente, perjudican a las mujeres y son debidos a estereotipos de género que permanecen vigentes en la sociedad y también entre los profesionales sanitarios. El ejemplo mejor conocido es el de la patología coronaria en la mujer.

Otros estudios también han puesto de manifiesto que las mujeres son preguntadas en Atención Primaria por sus estilos de vida con menos frecuencia que los hombres, lo que les impide beneficiarse de la capacidad del sistema de realizar prevención y promoción de la salud.

DESIGUALDADES POR NIVEL SOCIOECONÓMICO

Las poblaciones con niveles socioeconómicos menos favorecidos presentan peores indicadores de salud y mayores tasas de mortalidad para la mayoría de las causas de muerte, en particular para las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. Una dificultad para conocer estas desigualdades estriba en la dificultad de medir el nivel socioeconómico. Se utilizan diferentes indicadores y entre ellos el nivel de ingresos, el nivel educativo y la ocupación.

El estudio de las desigualdades en salud por factores socioeconómicos, también se hace mediante estudios ecológicos en los que se usan indicadores socioeconómicos de privación a nivel de área pequeña que permiten identificar gradientes socioeconómicos en salud. Un estudio de estas características realizado recientemente en Pamplona ha puesto de manifiesto un aumento de la mortalidad en relación con el aumento de la privación sobre todo entre los hombres menores de 65 años así como un claro gradiente socioeconómico de la esperanza de vida al nacimiento en ambos sexos. En relación a las causas de mortalidad relacionadas con el índice de privación y en la línea de otros estudios, las mayores diferencias se observaron para causas como sobredosis por drogas, sida, EPOC, cirrosis hepática y cáncer de pulmón.

Estos resultados son bastante coincidentes con los del estudio MEDEA, un estudio ecológico transversal de parecida metodología, desarrollado en España en el periodo 1996-2003. Este estudio encontró que entre los hombres, cuatro causas específicas de muerte (cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, enfermedades respiratorias y cirrosis) estaban asociadas positivamente con la privación en la mayoría de las ciudades (a mayor privación, mayor mortalidad). Entre las mujeres tres causas presentaban asociación, dos positiva (diabetes y cirrosis) y una negativa (cáncer de pulmón).

Las Encuestas Nacionales de Salud, a partir de la realizada en 2006, miden el nivel socioeconómico incluyendo como variable la clase social construida a partir de la ocupación de la persona de referencia del hogar, lo cual permite analizar las desigualdades por nivel socioeconómico.

En este documento de análisis de situación de Navarra, en los casos de información obtenida a partir de la ENS 2011/12 se ha analizado y se han encontrado diferencias que se detallan en cada apartado. Se destacan las siguientes:

Estilos de vida:

- Mayor prevalencia de peso superior al normal en las clases mas desfavorecidas
- Mayor consumo diario de tabaco en los hombres y menor de alcohol en las mujeres en ambos casos de las clases mas desfavorecidas.

Estado de salud:

- Peor percepción del estado de salud de las clases más desfavorecidas, igual que ya sucedía en las encuestas de salud de 2001 y de 2006 de Navarra.

Sería necesario monitorizar el impacto de la crisis en la situación económica de las personas y en sus efectos sobre la salud.

Además de los factores clásicamente ligados a inequidad que se acaban de comentar, hay que atender a otros factores también generadores de desigualdad como la discapacidad sensorial que provoca problemas de accesibilidad o la discapacidad intelectual y la enfermedad mental que conllevan una menor atención a sus factores de riesgo y enfermedades vasculares además de un gran estigma social en quien lo padece, y tratar de identificar y modificar otros factores ligados a inequidad.

3. SISTEMA SANITARIO

3.1 Estructura y organización

MARCO JURÍDICO

El Título III de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, encomienda al Departamento de Salud en el ámbito de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, el ejercicio de las funciones de planificación, ordenación, programación, alta dirección, evaluación, inspección y control de las actividades, centros y servicios, diferenciado los ámbitos materiales de actuación de salud pública, salud laboral y asistencia sanitaria, así como la alta dirección, control y tutela de los Organismos Autónomos dependientes del mismo.

La misma Ley Foral de Salud, crea el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, organismo autónomo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. La citada Ley constituye el marco jurídico en el que se desenvuelven las competencias, funciones y actividades en materia de sanidad interior, higiene y asistencia sanitaria, que las Administraciones Públicas de Navarra tienen asumidas en virtud de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra.

La Ley Foral 14/2004, de 3 de diciembre, del Gobierno de Navarra y de su Presidente y la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra introducen modificaciones en la regulación de la organización administrativa de la Administración de la Comunidad Foral y de sus organismos autónomos. Como consecuencia de estos cambios, el Decreto Foral 45/2006, de 3 de julio, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, introduce las novedades necesarias para lograr la adaptación de la estructura organizativa a la nueva normativa.

El Decreto Foral 82/2011, de 18 de julio determina la estructura básica del Departamento de Salud y el 134/2011, de 24 de agosto establece su estructura orgánica, este último es modificado parcialmente por el Decreto Foral 42/2013, de 24 de julio.

Los Decretos Forales 62/2012 y 63/2012 de 18 de julio, aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y modifican la estructura de este organismo autónomo, una de sus consecuencias es la creación del el Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral que junto al Centro de Investigación Biomédica dejan de estar integrados en el SNS-Osasunbidea.

ORGANIZACIÓN

La organización del Servicio Navarro de Salud–Osasunbidea, descansa sobre un principio de interrelación de las dos referencias organizativas para la prestación de la asistencia sanitaria: la de carácter territorial (basada en la Zonificación Sanitaria), y la de carácter funcional (que diferencia la Atención Primaria y la Asistencia Especializada).

La Ley Foral de Zonificación Sanitaria de Navarra (LF 22/1985) se sustenta en la Atención Primaria como núcleo principal y función central del sistema sanitario, y considera la Zona Básica de Salud como el marco territorial idóneo para el logro de una atención integral e integradora. Define también la demarcación y funciones de la Áreas de Salud.

En Navarra hay 57 zonas de salud, implantadas todas ellas, que se agrupan en tres áreas de salud: Pamplona, Estella y Tudela.

LÍNEAS GENERALES DE ACTUACIÓN

Al final de la anterior legislatura y desde el comienzo de la actual, hay que destacar la elaboración por parte del Departamento de Salud de la Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra que quiere convertirse en eje y núcleo de la estrategia de intervención con la intención de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público.

En el ámbito de Atención Especializada destacan los siguientes hechos:

Creación del Complejo Hospitalario de Navarra (Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril), estructura sanitaria asistencial única que englobará los diferentes recursos pertenecientes al Área de Pamplona, con independencia de su ubicación actual, quedando excluidos aquellos que dependen de la Dirección de Atención Primaria o aquellos otros que, específicamente, se determinen.

Implantación de la nueva estructura de la red de salud mental derivada de la Ley Foral de Salud Mental 21/2010. Reorganización funcional de la red de salud mental en torno a tres áreas asistenciales: Comunitaria y Centros de Salud Mental, Recursos Intermedios y Hospitalización. Elaboración del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016.

También se ha promulgado mediante Ley Foral la regulación de forma desagregada del Banco de sangre de Sangre y Tejidos de Navarra, y se han ido creando algunas Áreas Clínicas en el Complejo Hospitalario.

En el ámbito de Atención Primaria hay que destacar la existencia desde 1998 de un Plan de Gestión Clínica, cuyos objetivos son mejorar la calidad de la atención en los Centros de Salud, en términos de calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, y aceptabilidad del ciudadano.

A finales de 2007, la Dirección de Atención Primaria inició el pilotaje de un “Proyecto de Mejora de la Organización del Proceso Asistencial”. Este proyecto incluía compromisos concretos de incrementos de plantilla y de mejora en los ratios habitantes/profesional, y la elaboración y puesta en marcha inmediata de un “nuevo modelo organizativo de proceso asistencial” que fue pilotado en cinco Equipos de Atención Primaria y que priorizó como áreas de mejora la satisfacción al paciente, la eficiencia, satisfacción y desarrollo profesional y la calidad técnica e innovación.

En 2009 se elaboró un Plan de Mejora de Calidad que contempla tres fases de desarrollo. Se ha ido implantando de manera progresiva en todos los centros de salud.

La atención a la urgencia se rige por el Acuerdo de 13 de marzo de 2008 que aprobó el pacto suscrito por la Administración Sanitaria con las centrales sindicales sobre atención continuada en la Atención Primaria rural y otras condiciones laborales del personal del SNS-O. A raíz de este acuerdo se crearon los Servicios de Urgencias Rurales (SUR), para cubrir la atención continuada y urgente en los Puntos de Atención Continuada.

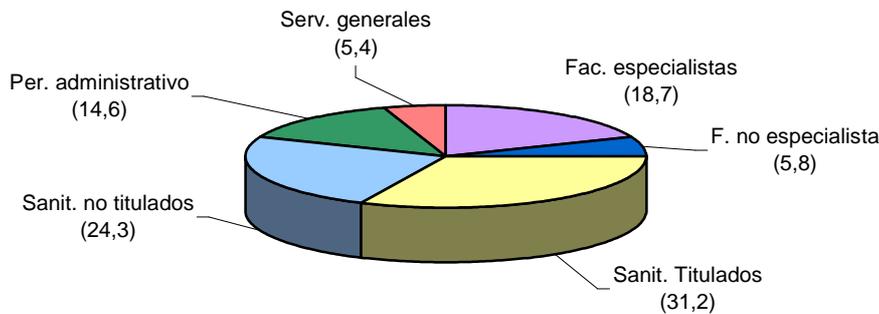
RECURSOS HUMANOS

La plantilla total (fija y temporal) del SNS-O, durante el año 2012 ha sido de 9.650 personas, de las que el 22% prestaron servicio en el ámbito de Atención Primaria, el 71% en Asistencia Especializada y el 5% en Salud Mental. Los datos de la plantilla se ha normalizado en meses (meses en activo para el personal fijo y meses contratados a

nivel temporal) obteniendo un global de 115.800 meses, que equivalen a 9.650 personas trabajando todo el año.

Por estamentos profesionales, el personal Facultativo representa el 25% del total, el Personal Sanitario Titulado el 32% y los Sanitarios no Titulados un 24%. El personal administrativo y el de Servicios Generales representan un 14% y un 5%, respectivamente (Figura 1).

Figura 1. Plantilla total el SNS-O por estamentos profesionales 2012. (%)



A 31 de diciembre de 2012, el 63,5% de la plantilla era fija. Por estamentos el mayor porcentaje de personal fijo se da entre el personal administrativo (69,6%) seguido del facultativo (66,3%) y el menor entre el personal de servicios generales (35,6%).

El 75% de la plantilla fija del SNS-O son mujeres, en todos los estamentos de personal hay un predominio de las mujeres sobre los hombres. Tres de cada cuatro personas fijas tienen entre 41 y 60 años.

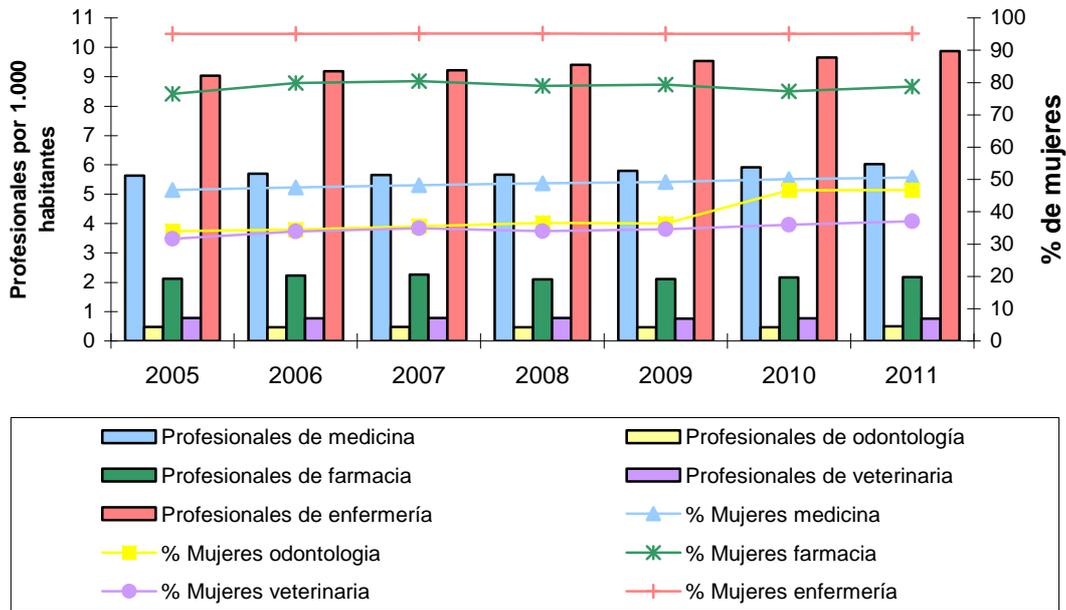
Evolución temporal

Se dispone de una serie temporal desde 2005 de indicadores de recursos obtenidos del conjunto de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. El último año disponible es el 2011.

El número de profesionales colegiados de odontología, farmacia y veterinaria se han mantenido bastante estables en el periodo de tiempo estudiado. Los de enfermería y en menor medida los de medicina han aumentado (Figura 2).

En 2011, el porcentaje de mujeres supera el 75% en enfermería y el 95% en farmacia, ambos se han mantenido estables estos años. En las otras profesiones sanitarias estudiadas tienen una tendencia ascendente, en odontología ha crecido 12 puntos en el periodo estudiado. En Medicina el porcentaje de mujeres en 2011 ha alcanzado el 50%.

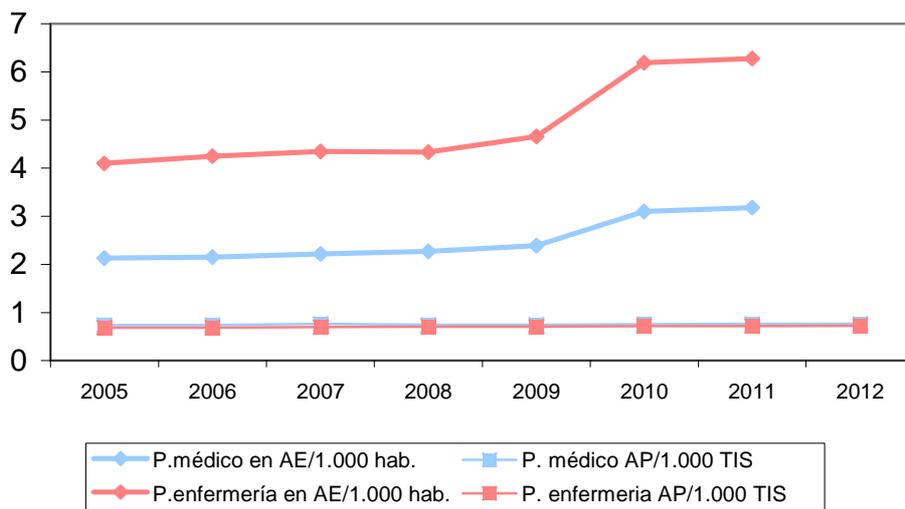
Figura 2. Profesionales sanitarios colegiados por 1.000 habitantes y porcentaje de mujeres en cada una de las profesiones. Navarra 2005-2011



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Elaboración propia.

El incremento de los profesionales de enfermería y de medicina se ha producido sobre todo a expensas de los profesionales de atención especializada. En todo el periodo el ratio de personal médico y de enfermería en Atención Primaria por 1.000 TISs es muy parecido, ligeramente superior en medicina (Figura 3)

Figura 3. Personal medico y de enfermería en Atención especializada por 1.000 habitantes y en Atención Primaria por 1.000 TISs



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Elaboración propia.

DOTACIONES

En el año 2011 los recursos físicos más significativos de la red hospitalaria del SNS-O se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Dotación de recursos hospitalarios públicos. Navarra 2011

	AMB	HNA	HVC	CU	HGO	HRS	TOTAL
Camas instaladas		499	499	99	95	186	1.378
Acelerador lineal		3					3
Angiografía digital		1					1
Gammacámaras		2					2
Incubadoras			26		2	5	33
Litotricia			1				1
Mamógrafos		1	1		1	1	4
Monitores de hemodiálisis		50	31			12	93
Paritorios			4		1	2	7
Quirófanos		10	16	4	4	4	38
Resonancia magnética	1	1	1				3
R. Magnética móvil							1
Sala de hemodinámica		1					1
TAC		3	2		1	1	7
TAC móvil							1

Fuente: Memoria SNS-O 2011.

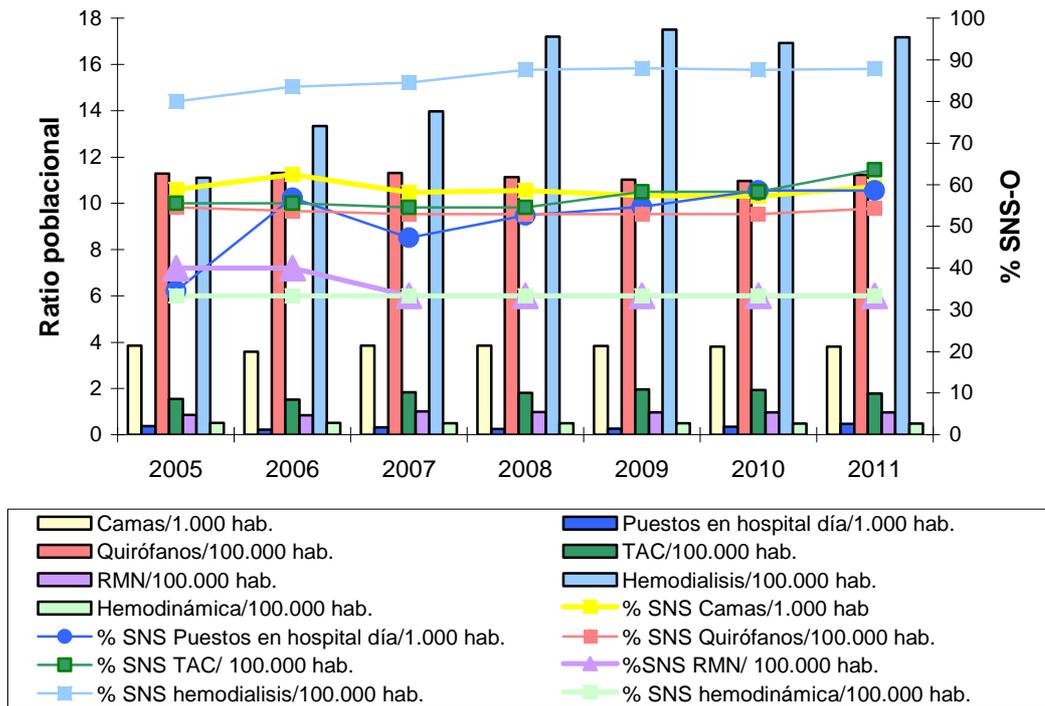
Evolución temporal

El conjunto de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud proporciona información sobre la evolución de la dotación de recursos físicos en Navarra.

Destaca el incremento del ratio por 100.000 habitantes de equipos de hemodiálisis (54,5%) y de puestos de hospital de día (27,0%).

Se mantienen bastante estable el porcentaje dotaciones que corresponden al SNS-O. En 2011 este porcentaje supera el 50% en todos los casos excepto en los equipos de hemodinámica y en aparatos de Resonancia magnética. Destaca el incremento (68%) del porcentaje de puestos de hospital de día correspondientes al SNS-O.

Figura 4. Dotación de recursos físicos, ratios por 100.000 habitantes y porcentaje de los mismos pertenecientes al SNS-O. Navarra 2005-2011.

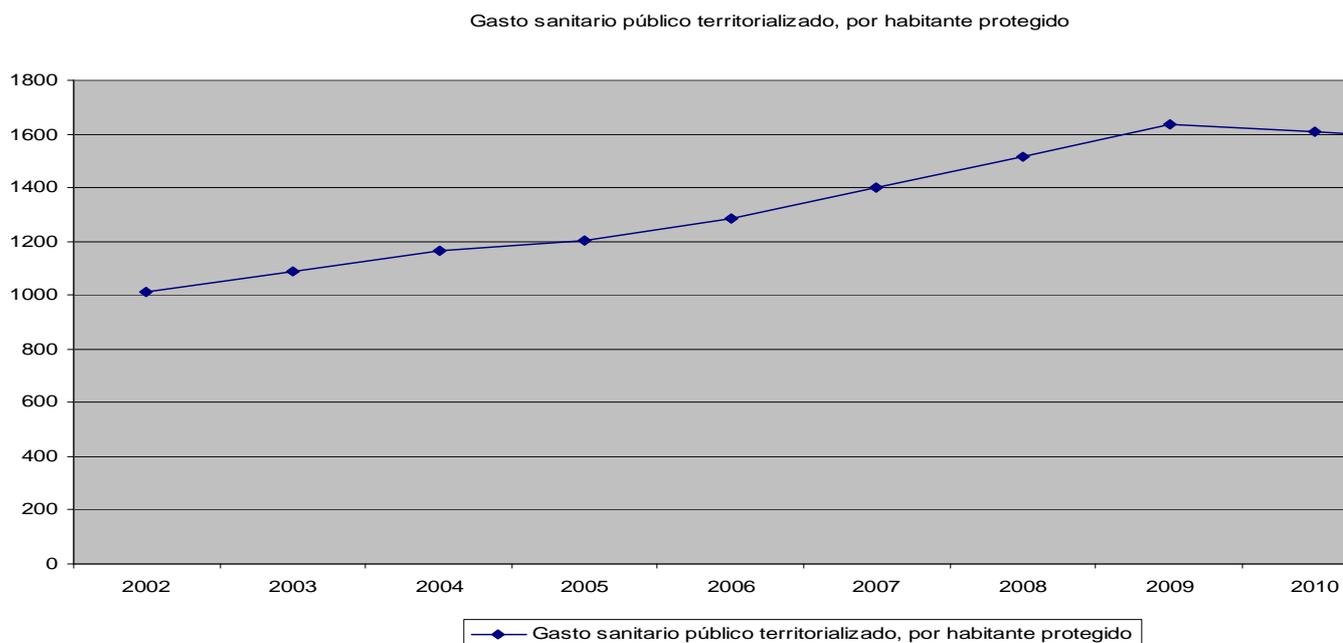


Fuente: Indicadores Clave del SNS. Elaboración propia

3.2. Financiación

El **gasto sanitario** público ha seguido un crecimiento progresivo hasta el año 2009 que comienza a decrecer. En 2011 fue de 1.575 € por habitante protegido (Figura 1).

Figura 1. Evolución del gasto sanitario público por habitante protegido. Navarra

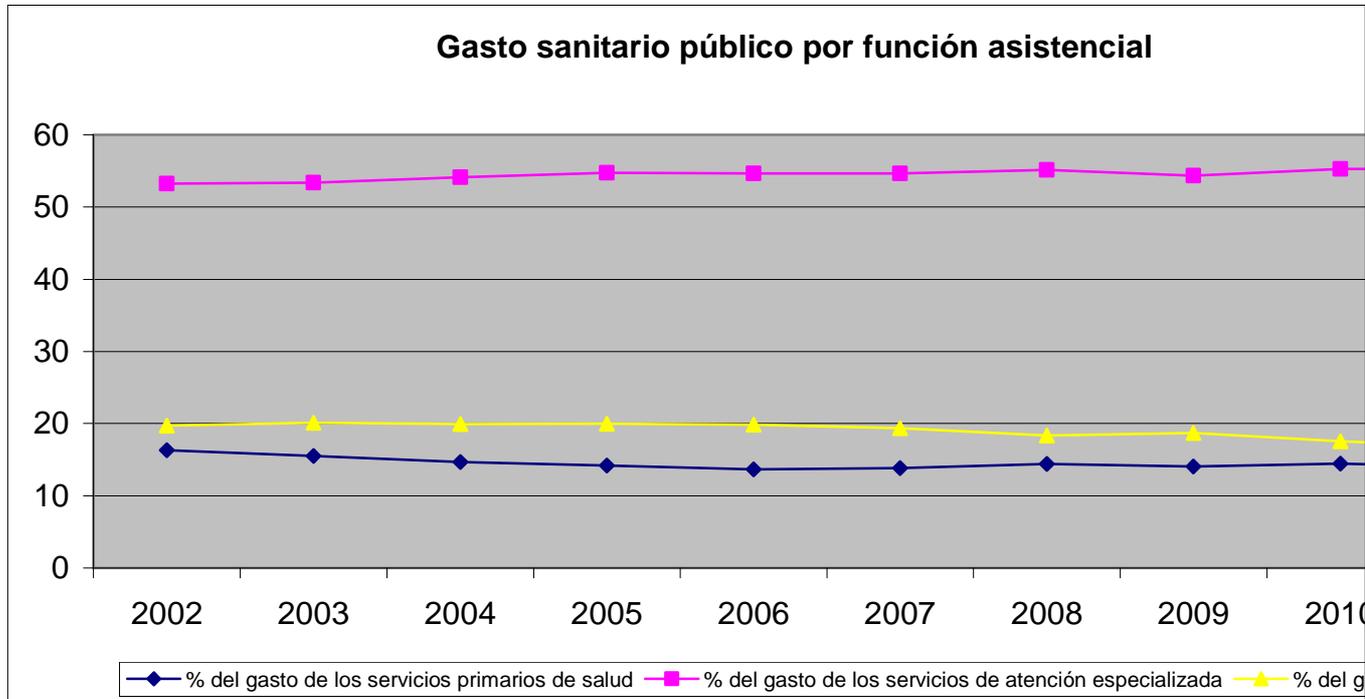


Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

La población protegida ha aumentado de manera progresiva durante estos años hasta las 643.855 personas de 2011, el incremento total ha sido de un 17%.

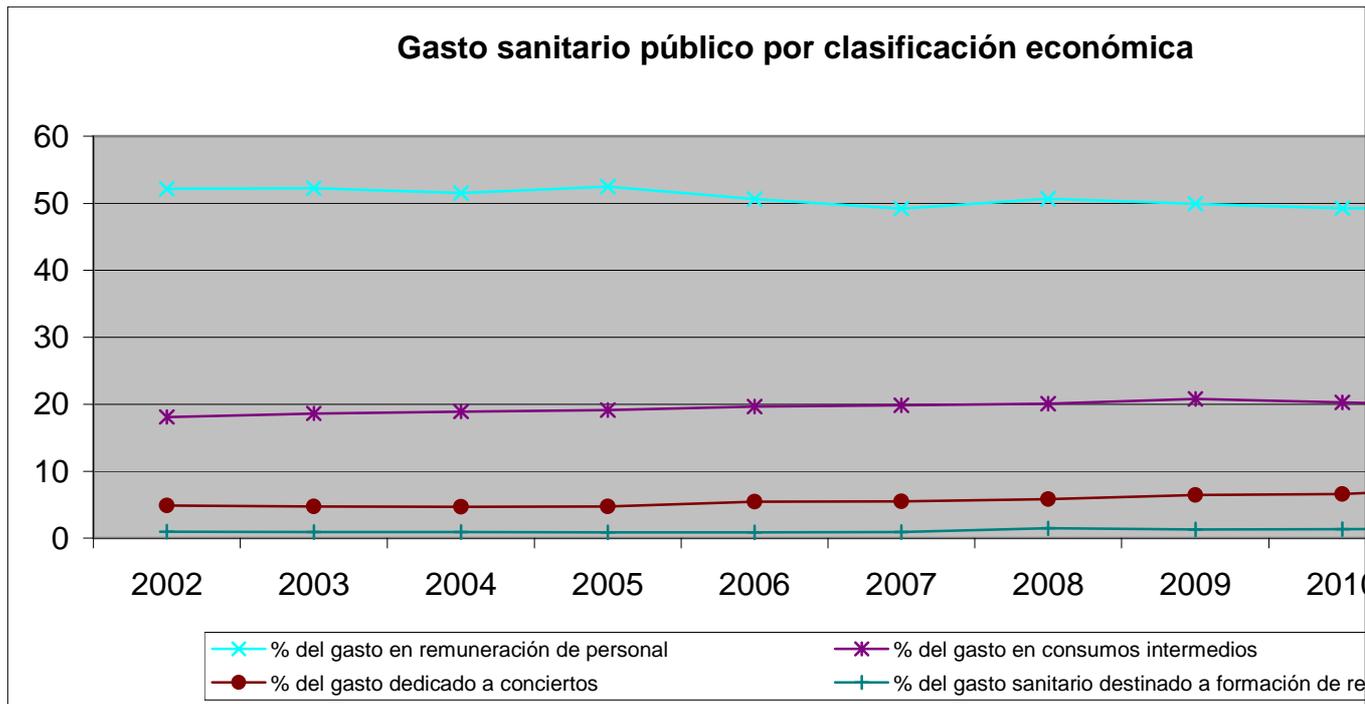
Se presenta dos gráficos sobre la evolución en los últimos 10 años del gasto sanitario público por función asistencial y por clasificación económica.

Figura 2. Evolución del gasto sanitario público por función asistencial. Navarra



Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

Figura 3. Evolución del gasto sanitario público por clasificación económica. Navarra



Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

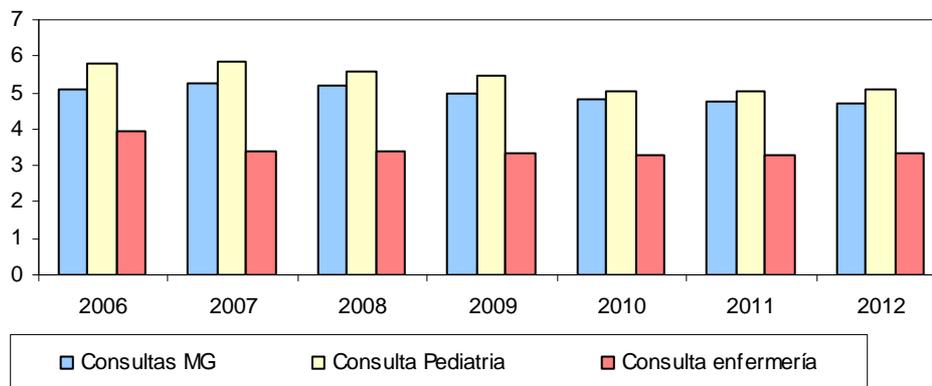
3.3. Actividad

ATENCIÓN PRIMARIA

Los datos registrados indican que durante el año 2012, en Atención primaria, se han realizado 2.502.211 consultas de medicina general, 501.920 de pediatría, 2.100.268 de enfermería y 63.262 de trabajo social.

Esta actividad supone una frecuentación de 4,71 visitas al médico, 5,10 al pediatra, 3,33 a enfermería y 0,10 a trabajo social por persona y año. Estos indicadores tienen una tendencia ligeramente descendente desde el año 2006 (Figura 1). El número de consultas de trabajo social se han incrementado en un 1,9% respecto a 2011.

Figura 1. Frecuentación en AP/habitante/año según estamento profesional. Navarra 2006-2012.

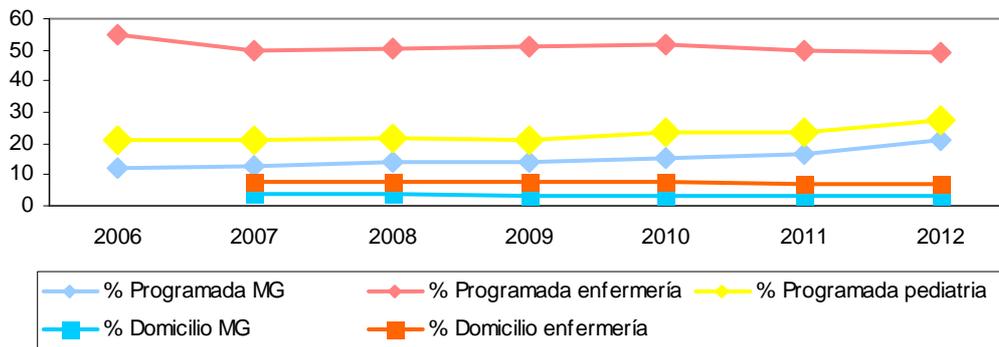


Fuente: Memorias SNS-O. Elaboración propia

Enfermería es el estamento profesional que tiene el porcentaje de consulta programada más alto, 49,4% en 2012, le sigue trabajo social con un 40,3%, pediatría con un 27,7% y finalmente medicina general con un 21,1%. En medicina (pediatría y general) este porcentaje ha aumentado en los últimos seis años y ha disminuido en enfermería (Figura 2).

El porcentaje de consulta a domicilio en 2012 es de un 6,8% en enfermería y de un 3,3% en medicina general, se mantiene bastante estable en los últimos años.

Figura 2. Consultas programadas y domiciliarias en Atención Primaria según estamento profesional (%).



Fuente: Memorias SNS-O. Elaboración propia

La frecuentación declarada en medicina general y pediatría en Atención Primaria, según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006 - Navarra fue ese año de 4,85 consultas/hab./año en hombres y 5,3 en mujeres.

SALUD MENTAL

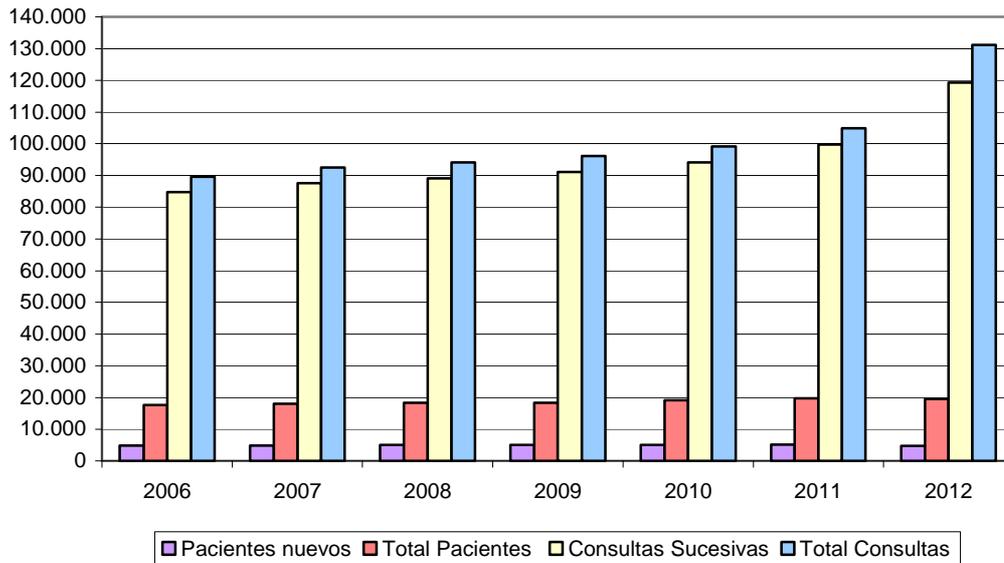
Centros de Salud Mental

En 2011 se ha abierto un nuevo Centro de Salud Mental (CSM) en Buztintxuri procedente del desdoblamiento del antiguo CSM de Rochapea en dos: Ansoain y Buztintxuri.

En 2012 se han atendido 19.596 pacientes, un 24,1% de ellos, eran pacientes nuevos. Se han realizado 131.202 consultas individuales.

La actividad ha aumentado desde 2006, tanto los pacientes (10,6%) como el número de consultas (46,5%). El mayor incremento proporcional se ha producido en el número de consultas sucesivas (Figura 3). El número de pacientes nuevos a disminuido un 2,2%

Figura 3. Actividad de los CSM. Navarra 2006-2012.



Fuente: Memorias SNS-O. Elaboración propia

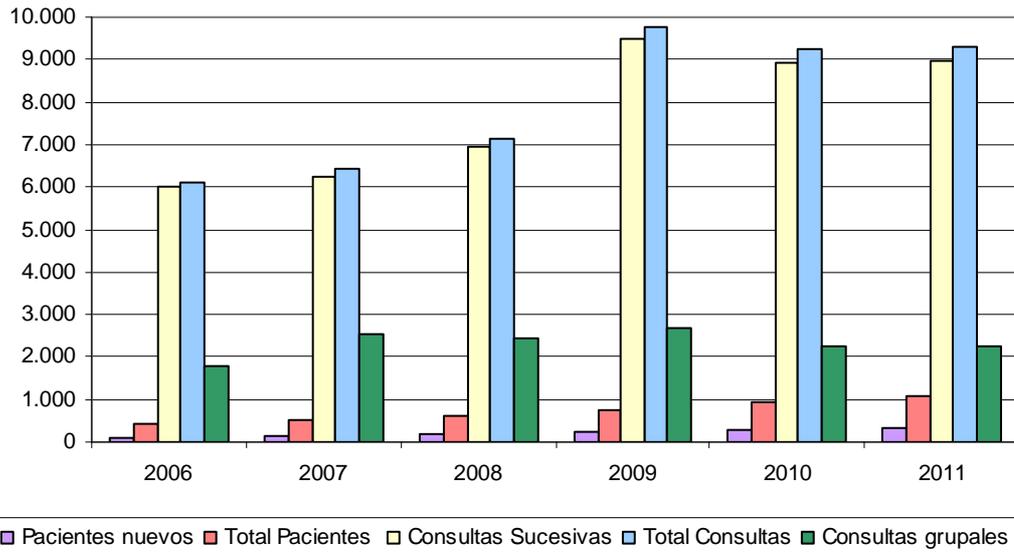
Salud Mental Infanto juvenil

Desde el año 2007 se ha venido trabajando en una nueva organización de la Atención Infanto-Juvenil. Existe un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSM IJ) referente suprasectorial para la atención ambulatoria y un Hospital de Día Infanto-Juvenil dirigido a la hospitalización parcial y tratamiento intensivo para el Trastorno Mental Grave Infanto-Juvenil. A partir de mediados de 2012, el CSM IJ pasa a atender a toda la población infantil del área de Pamplona.

En 2012 el CSM IJ ha atendido a 1.649 pacientes y han realizado 15.538 consultas, un 5,2% eran primeras consultas.

Al ser 2012 un año de transición en la atención infanto juvenil, se analiza la evolución hasta el año anterior. La actividad ha aumentado respecto a 2006, el mayor incremento proporcional corresponde al número de pacientes nuevos que ha aumentado cada año. El número de consultas sucesivas y como reflejo de esto, el número total de consultas, disminuye en 2010 y se ha mantenido estable el último año (Figura 4).

Figura 4. Actividad del Centro de Salud Mental infanto-juvenil. Navarra 2006-2011.



Fuente: Memoria SNS-O 2011. Elaboración propia

El hospital de día infantil atendió en 2012 a 38 pacientes. Hubo 36 ingresos y 2.885 estancias. Se ha producido un incremento de la actividad respecto al año anterior.

Hospital de día

Existen tres hospitales de día, dos en Pamplona y uno en Tudela para atender a población menor de 65 años. En 2012 Se han atendido 243 pacientes en Pamplona y 75 en Tudela, el número de estancias ha sido de 10.661 y 2.806 respectivamente.

Hospital de día y comunidades terapéuticas para drogodependientes

Son los centros referenciales en el tratamiento de drogodependientes, en hospitalización parcial y total para la Red de Salud Mental.

Se conciertan 92 plazas en tres comunidades terapéuticas. En 2012 ha habido 97 primeros ingresos y se han producido 31.842 estancias. El número de estancias, con pequeñas oscilaciones, se mantiene estable desde 2007.

Unidad de trastornos de la conducta alimentaria adultos

Es un recurso especializado para la atención de personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria de Adultos que inicia en 2010 su actividad asistencial con consultas individuales en régimen intensivo. Posteriormente se ha puesto en marcha la Hospitalización de Día y en 2011 el programa grupal suprasectorial.

En 2012 se han atendido 29 pacientes. Se han producido 27 ingresos, 2.821 estancias y 2.289 consultas.

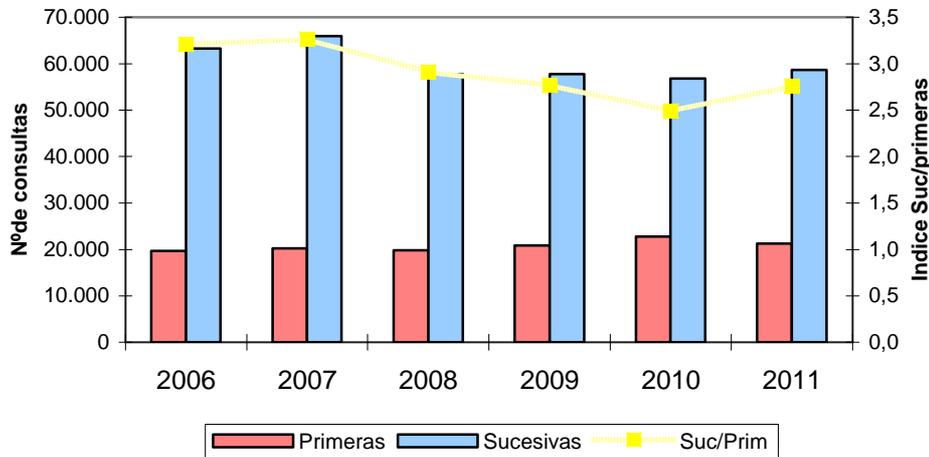
CENTROS DE ATENCIÓN A LA MUJER

Se presenta la información de los Centros de Atención a la Mujer (CAM) del Área de Pamplona. En Estella y en Tudela la actividad está integrada en la del Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital correspondiente.

Existen siete CAMs ubicados en los núcleos urbanos de Pamplona, Burlada y Tafalla y tres subunidades situados en zonas rurales (Sangüesa, Etxarri Aranatz y Elizondo) dependientes de alguno de los CAM urbanos.

En 2011 se han atendido 79.960 consultas en los CAM del Área de Salud de Pamplona. Desde el año 2006, se ha producido un incremento de un 8% de las primeras consultas, y una disminución del 7% de las sucesivas (Figura 5).

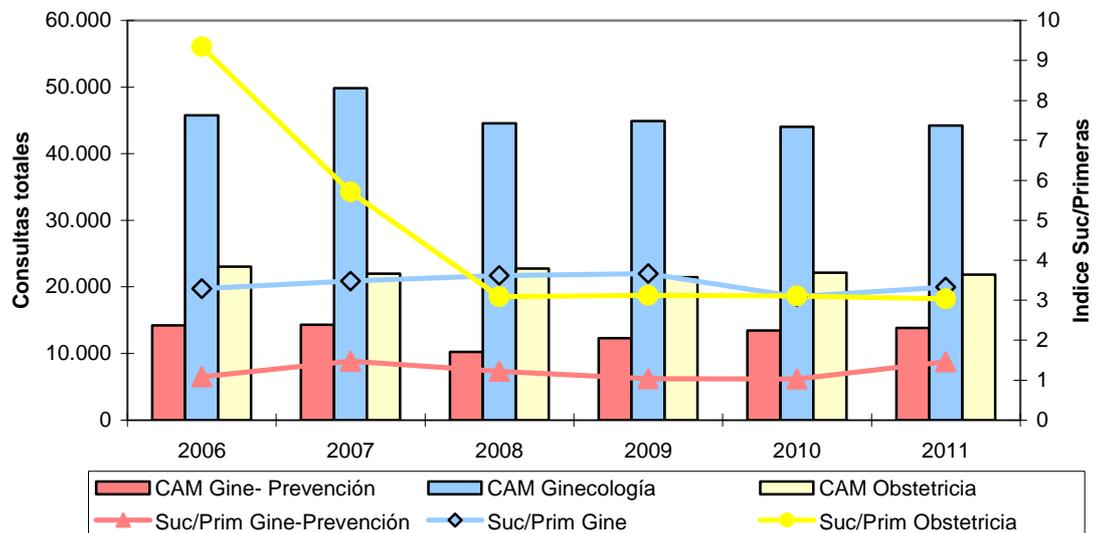
Figura 5. Actividad de los CAM del área de Salud de Pamplona.



Fuente: Memoria SNS-O 2011. Elaboración propia

Más de la mitad de las consultas de los CAM son de ginecología y algo más de un cuarto son de obstetricia. El resto, entre un 15 y un 17% dependiendo del año (en 2007 fue menos, un 13%), corresponde a consultas de prevención de ginecología (Figura 6).

Figura 6. Numero total de consultas e índice sucesivas/primeras de los CAM del área de Salud de Pamplona según tipo de prestación.



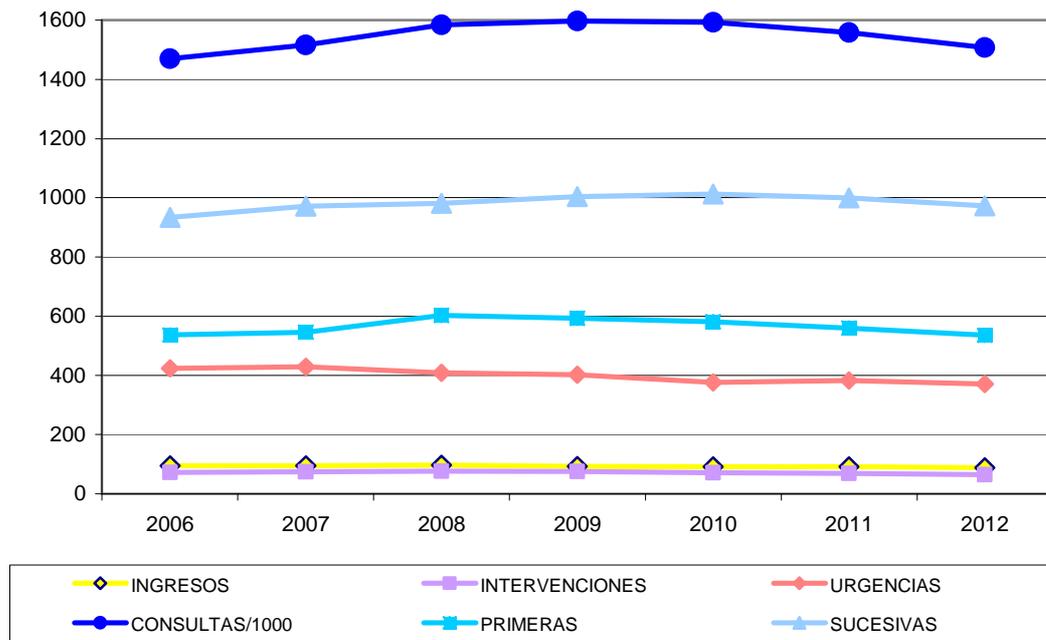
Fuente: Memoria SNS-O 2011. Elaboración propia

Desde 2006, las consultas de los CAM han disminuido un 3,6%, un 5,2% las de obstetricia. Los cambios más reseñables en estos años son, el incremento de un 143% de las primeras consultas de obstetricia, la disminución de las sucesivas en un 19,1% y la disminución de las primeras de prevención de ginecología de un 17,3%.

ASISTENCIA ESPECIALIZADA

Los indicadores de **frecuentación** de asistencia especializada muestran una ligera disminución respecto a 2006, excepto en el caso de las primeras visitas, sucesivas y consultas totales. El mayor descenso corresponde a la frecuentación en urgencias por 1.000 habitantes que ha disminuido un 12,5% y las intervenciones/1.000 habitantes un 11,0% (Figura 7).

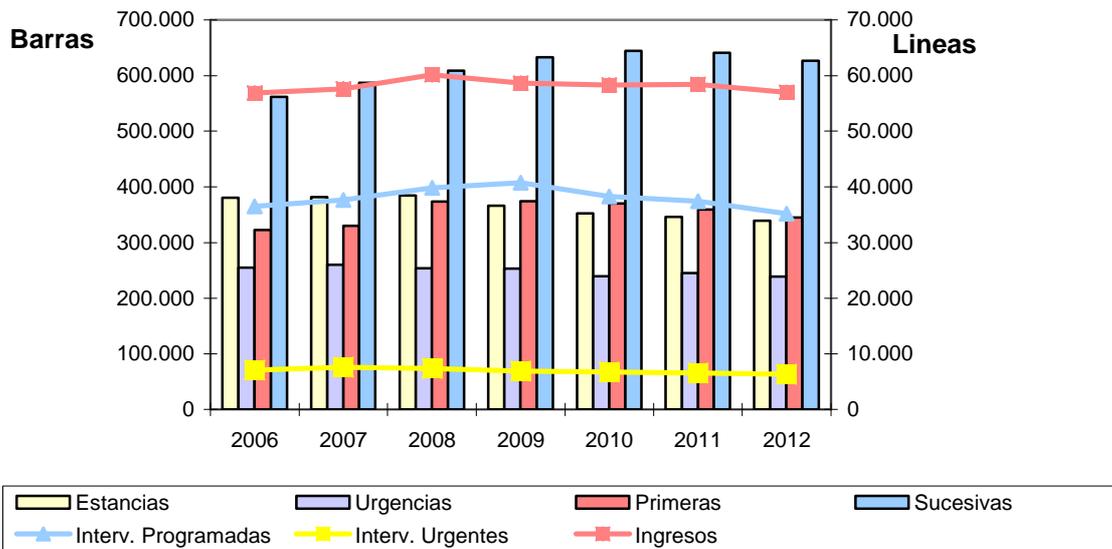
Figura 7. Frecuentación (por 1.000 habitantes) de asistencia especializada de la red pública. Navarra 2006-2012.



Fuente: Memorias SNS. Elaboración propia

En 2011 en la red sanitaria pública se han producido 57.010 ingresos, y 339.356 estancias. La evolución de los principales **indicadores de actividad** en los últimos seis años, muestra una disminución de las estancias, intervenciones quirúrgicas urgentes y urgencias sobre todo desde 2009 y un aumento de las consultas sobre todo de las sucesivas (Figura 8).

Figura 8 Evolución de la actividad de los centros de atención especializada del SNS-O. Navarra 2006-2012.



Fuente: Memorias SNS-O. Elaboración propia

La evolución de los principales indicadores de funcionamiento de la red hospitalaria pública desde el año 2006, muestra una disminución progresiva de la ocupación y de la estancia media. El porcentaje de necropsias ha aumentado un 36,4%. El resto de indicadores se mantienen bastante estables. (Tabla 1).

Tabla 1. Principales indicadores de funcionamiento de los centros del S.N.S.-O. Navarra 2006-2012.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/2006
Indice de Ocupación	79,6%	78,8%	77,3%	74,6%	72,1%	73,3%	71,9%	-9,6%
Estancia Media	6,7	6,6	6,4	6,3	6,1	5,9	6,0	-10,4%
Indice de Rotación	43,4	43,4	44,2	43,6	43,5	45,2	44,2	1,1%
Consultas Suces/prim	1,7	1,8	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8	5,9%
Presión de urgencias	63,8%	63,4%	62,6%	62,5%	62,0%	62,3%	63,8%	-
% Urgencias ingresadas	14,3%	14,1%	14,8%	14,5%	15,1%	14,0%	14,4%	0,7%
Indice de Mortalidad	3,0%	3,1%	2,9%	2,8%	2,6%	2,8%		-6,6%
% Necropsias	6,6%	5,9%	9,9%	9,8%	10,6%	9,0%		36,4%

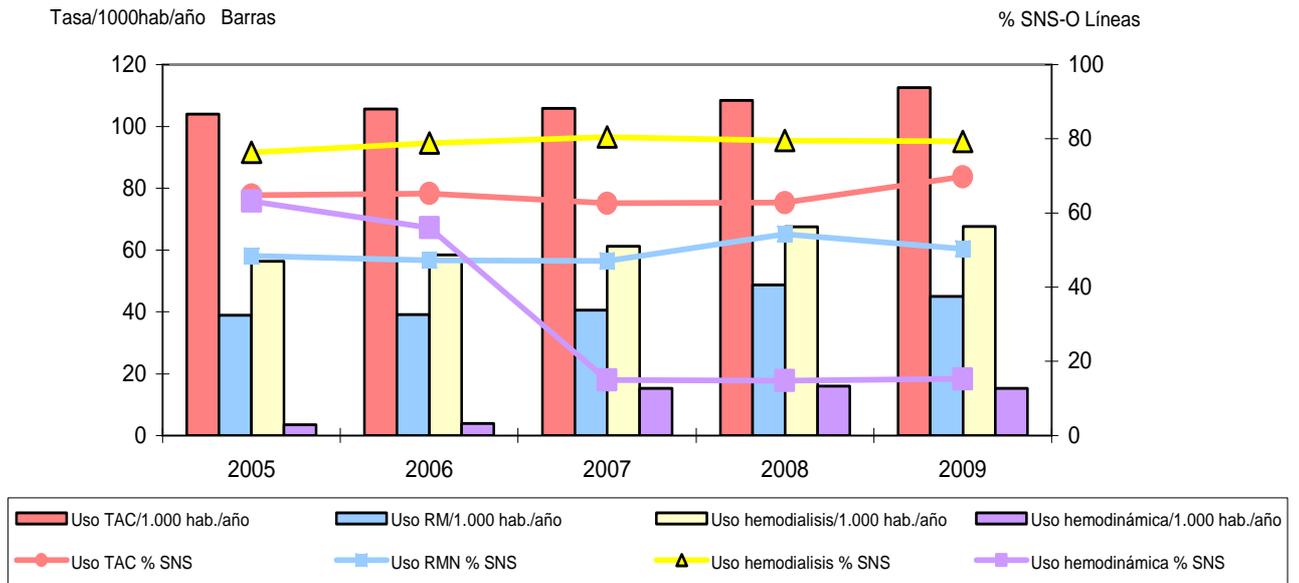
Fuente: Memorias SNS-O. Elaboración propia

La actividad quirúrgica de la red de asistencia especializada del SNS-O, en 2012 ha supuesto la realización de 41.553 intervenciones. El 85% han sido programadas. Respecto a 2006 ha disminuido la actividad quirúrgica sobre todo a expensas de las intervenciones urgentes.

En el año 2012 se han realizado 40.703 TACs y 14.346 RMs.

Las tasas por 1.000 habitantes/año del uso de tecnologías se han incrementado desde el año 2005. El porcentaje de pertenencia al SNS-O, en 2009, último año del que se dispone este dato, es del 70% en caso del TAC y del 50,4 en el caso de la RM. El más bajo es el de hemodinámica, con un 15,3% (Figura 9).

Figura 9. Tasas por 1.000 habitantes/año de uso de tecnologías sanitaria y pertenencia (%) al SNS-O. Navarra 2005-2009.



Fuente: Memorias del SNS-O. Elaboración propia

Se presenta en la tabla 2 una serie de indicadores de utilización de atención sanitaria, **estándares comparativos**, su evolución en Navarra en el periodo 2006-2011.

Tabla 2. Indicadores de utilización de atención sanitaria. Estándares comparativos. Navarra 2006-2011.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Estancia media (EM) hospitalaria						
EM	7,14	7,2	6,66	6,81	6,74	6,68
EM Hombres	7,56	8,04	7,2	7,39	7,19	7,11
EM Mujeres	6,75	6,38	6,17	6,44	6,34	6,29
EM depurada	6,04	5,98	5,93	5,75	5,7	5,71
EM depurada Hombres	6,39	6,34	6,4	6,21	6,08	6,04
EM depurada Mujeres	5,72	5,64	5,5	5,44	5,36	5,4
Estancia media ajustada por casuística (EMaC)						
EMaC	6,4	6,46	6,25	6,19	6,01	5,88
Estancia media ajustada por el funcionamiento (EMaF)						
	5,92	5,87	5,85	5,77	5,73	5,72
Índice de complejidad (IC)						
IC	0,94	0,92	0,96	0,95	0,96	0,98
Índice de la estancia media ajustada (IEMA)						
IEMA	1,01	1,01	1,01	1	0,99	0,99
Porcentaje de casos con estancias extremas						
% de casos con estancias extremas	5,61	4,99	3,98	4,42	4,37	4,37
Tasa de ambulatorización (%) global por determinados procedimientos quirúrgicos						
Global	26,58	28,2	17,26	29,83	31,93	30,47
Hombres	27,07	27,78	16,99	30,29	32,17	31,22
Mujeres	26,1	28,61	17,52	29,38	31,71	29,75
Liberalización túnel carpiano						
Hombres	40,3	33,33	0	10,08	10,82	16,61
Mujeres	29,2	31,48	0,8	21,06	26,91	27,33
Procedimientos sobre cristalino						
Hombres	98,01	98,47	97,37	98,86	99,31	99,35
Mujeres	97,85	97,57	97,7	97,44	98,46	98,52
Mujeres	98,13	99,15	97,11	97,99	98,78	98,86
Procedimientos extraoculares >17 años						
Hombres	83,33	92,7	64	94,6	87,69	95,86
Mujeres	82,25	91,52	65,91	88,77	87,69	91,37
Mujeres	84,62	93,64	62,5	90,57	89,78	92,64
Hernia inguinal y femoral >17 años						
Hombres	34,1	31,89	6,25	44,88	61,24	57,53
Mujeres	32,5	31,6	6,71	40,82	56,8	54,68
Mujeres	42,11	33,56	4,35	11,07	20,94	12,9
Procedimientos sobre el pie						
Hombres	9,27	15,28	1,08	11,22	6,01	1,37
Mujeres	12,93	12,67	2,11	3,14	2,27	
Mujeres	8,39	16,17	0,87	8,59	3,91	4,17
Mano y muñeca						
Hombres	17,76	16,98	5,47	19,56	21,27	25,31
Mujeres	14,79	12,66	4,05	10,64	10,08	12,72
Mujeres	22,14	23,19	8,15	11,04	13,65	16,18
Injertos de piel, desbridamientos						
Hombres	21,5	22,5	26,09	20,43	34,62	45,56
Mujeres	17,74	22,58	25,42	14,94	20	32,88
Mujeres	26,67	22,41	26,79	7,5	21,84	25,76
Otros procedimientos sobre la piel						
Hombres	40,63	46,4	53,71	49,18	48,91	46,2
Mujeres	39,67	47,4	54,46	35,86	33,69	34,05
Mujeres	41,72	45,16	52,88	29	31	25,51
Utero y anejos						
	19,29	18,19	33,28	34,19	35,25	32,08

Fuente: Indicadores Clave del SNS-O

EM depurada: EM una vez eliminadas las estancias extremas

EMaC: estancia promedio que tendría una determinada unidad si atendiera con la estancia media que presenta en cada uno de los GRD, a los pacientes del estándar

EMaF: EM que habría tenido una determinada unidad si hubiera atendido a sus mismos casos con la estancia media que para cada GRD ha tenido el estándar

IC: compara la complejidad media de los casos de una determinada unidad estudiada respecto al estándar. Un índice superior a 1 significa que la unidad en estudio está atendiendo a una casuística más compleja que el estándar y viceversa.

IEMA: compara el funcionamiento a igualdad de casuística, de una determinada unidad con el estándar. Un índice inferior a 1 significa un funcionamiento más eficiente de la unidad respecto al estándar, para la misma casuística.

El análisis por sexo pone en evidencia, unas EM y EM depurada casi un día menor en mujeres que en hombres y diferencias en las tasas de ambulatorización de algunos procedimientos.

Listas de espera

En diciembre de 2012 la espera media para una intervención quirúrgica no urgente en la Red de Asistencia Especializada era de 134 días naturales y para una primera consulta de 45.

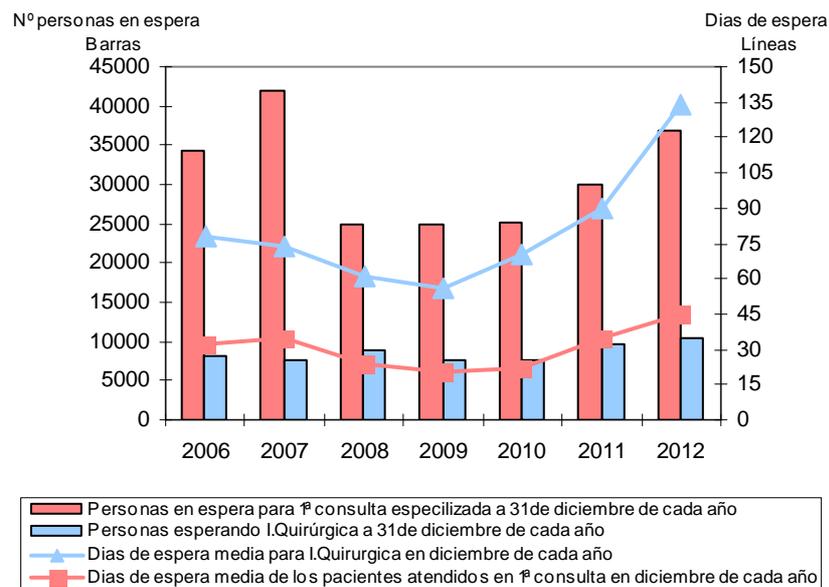
Tabla 3. Personas en espera y días de espera media para intervención quirúrgica y primera consulta de Asistencia Especializada. Navarra diciembre de 2012

	Nº Personas	Días naturales
Espera quirúrgica	10.512	134
Espera de Consultas	36.835	45

Fuente: Memorias del SNS-O.

La evolución de las listas de espera se puede ver en la figura 10. Para su análisis hay que tener en cuenta las acciones de actividad extraordinaria que se iniciaron en 2005, para controlar el número de personas en lista de espera para intervención quirúrgica programada y que finalizaron en 2011.

Figura 10. Personas en espera y días de espera media para I. Quirúrgicas y primeras consultas de Atención especializada. Navarra 2006-2012



Fuente: Memorias del SNS-O. Elaboración propia

3.4 Resultados

Los Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud proporcionan información sobre los resultados de las acciones desarrolladas por el sistema sanitario. Se presenta una selección de los mismos para Navarra.

Figura 1. Tasa de amputaciones en miembros inferiores por cada 1.000 personas diabéticas.

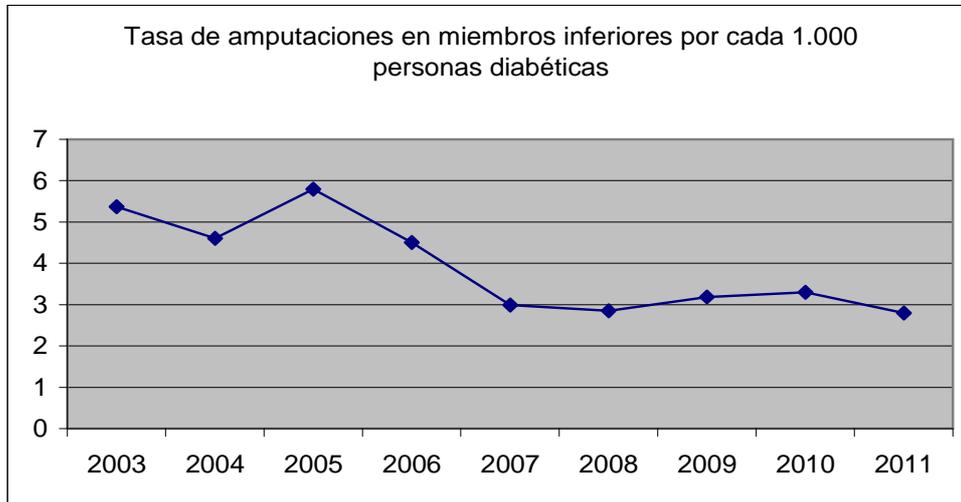


Figura 2. Mortalidad intrahospitalaria.

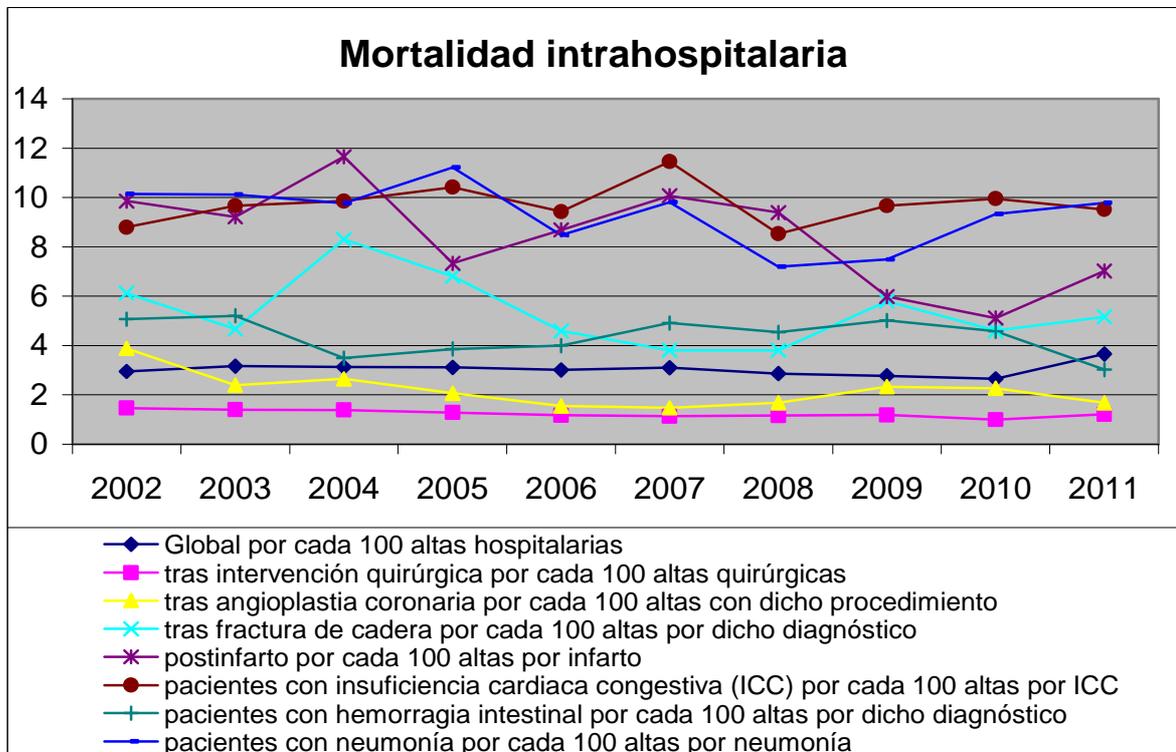


Figura 3. Nivel de satisfacción.

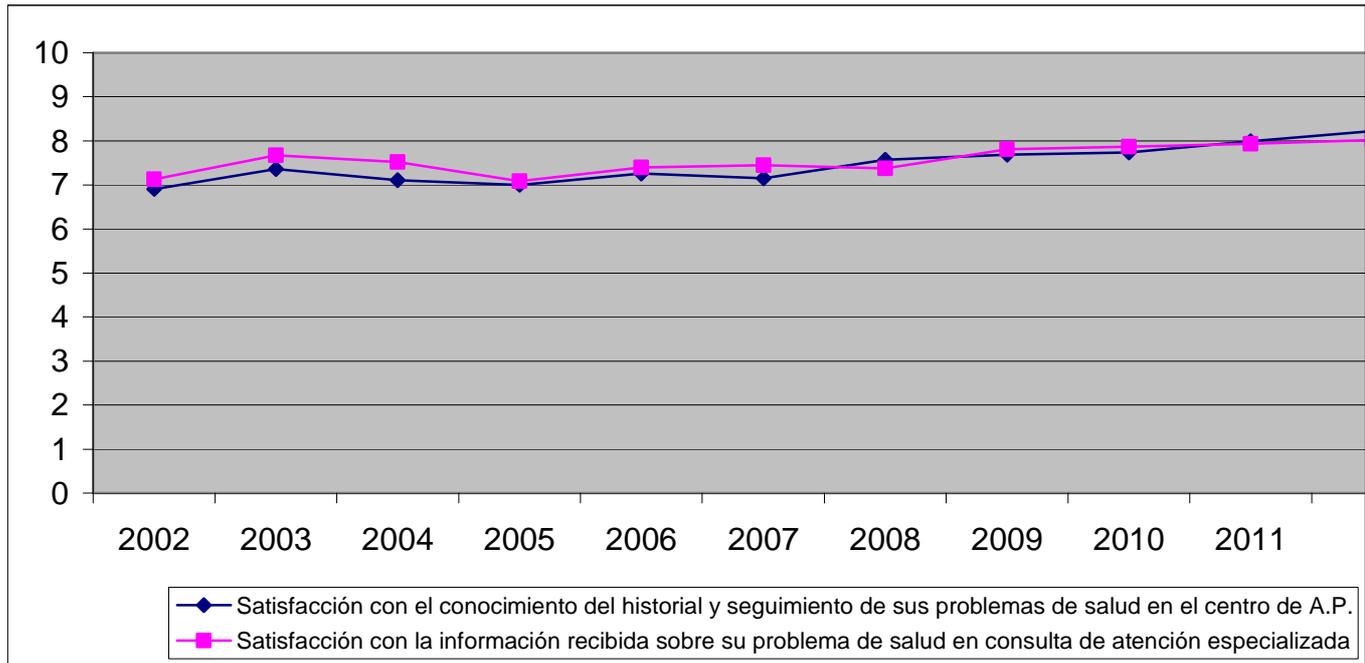
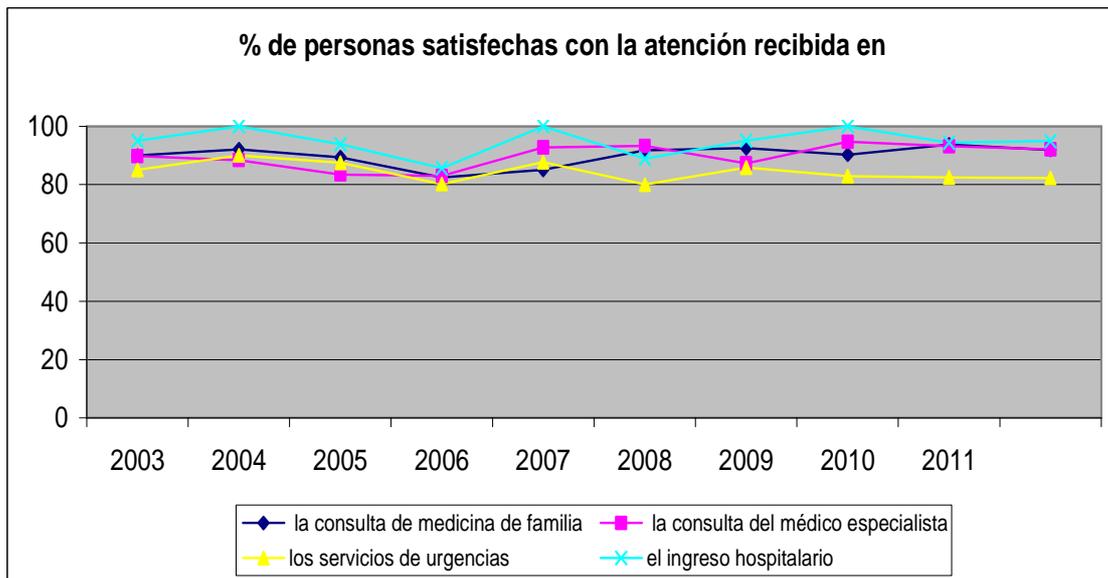


Figura 4. Personas satisfechas con la atención recibida (%).



3.5 Actuaciones del sistema sanitario de Navarra

3.5.1 ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Agencia de Calidad y dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ha impulsado la elaboración de “Estrategias en Salud” para las patologías más prevalentes y las que suponen una mayor carga asistencial, familiar, social y económica y están siendo objeto de especial atención en todos los países y por parte de los organismos internacionales.

Dentro del mismo Plan de Calidad también se impulsa la Estrategia de Seguridad del Paciente y la línea estratégica de Salud y Género. La finalidad de estas herramientas es promover los principios de equidad y cohesión territorial para garantizar que todos tengan acceso, en las mismas condiciones, a las actuaciones y procedimientos efectivos para la mejora de la salud y de la calidad de vida, y sobre las que existe consenso a cerca de su eficiencia.

No todas las estrategias están en la misma fase de desarrollo y se siguen incorporando nuevas estrategias

Las estrategias de Cáncer, EPOC, Salud Mental, Diabetes, Ictus, cardiopatía isquémica, Enfermedades Raras y Salud sexual y reproductiva son consideradas en otra parte de este documento

ESTRATEGIA SALUD Y GÉNERO

El objetivo de la Estrategia es Incluir el “enfoque integrado de género” en el diseño, desarrollo y evaluación de las políticas, estrategias, planes, programas, acciones y actuaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Se ha elaborado una primera edición de la Estrategia, pendiente de aprobar por el CISNS, que intenta abordar aquellos aspectos para los que ya existe evidencia científica que pone de manifiesto la necesidad de actuar sobre ellos con enfoque de género. Es un excelente punto de partida como base para orientar a las distintas CCAA en el trabajo con respecto este tema.

Se estructura en Líneas estratégicas, objetivos y recomendaciones. Las líneas estratégicas (LE) que vertebran la Estrategia de Salud y Género definen las propuestas y acciones que deberían llevarse a cabo para lograr la equidad y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS), incorporando en la atención y la investigación sanitarias el impacto diferencial en mujeres y hombres de los aspectos psicosociales de género en la salud, así como las diferencias biológicas.

- **Línea estratégica 1.** Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- **Línea estratégica 2.** Atención y cuidados a la salud.
- **Línea estratégica 3.** Formación de profesionales, imprescindible para el desarrollo de la estrategia.
- **Línea estratégica 4.** Investigación, sistemas de información, innovación y buenas prácticas.
- **Línea estratégica 5.** Planificación y organización de los servicios.

El Departamento de Salud participa activamente en el desarrollo de las líneas estratégicas del Ministerio. También colabora con el Instituto Navarro para la Igualdad y Familia en la implantación de la Transversalidad o *Mainstreaming* de Género formando parte de las diferentes comisiones creadas con este fin. Además, cuenta con profesionales diplomadas en Salud y Género.

ESTRATEGIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud tiene el objetivo de mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes en situación avanzada/terminal y sus familiares, promoviendo la respuesta integral y coordinada del sistema sanitario a sus necesidades y respetando su autonomía y valores.

En Navarra se publicó en el año 2000 un protocolo de Atención a la persona en situación terminal y a su familia. En el año 2004 se comenzó a trabajar en el documento

“Atención al paciente oncológico en Cuidados paliativos en Navarra”, actualmente vigente, basado en la coordinación entre Atención Especializada, Atención Primaria y el Hospital San Juan de Dios.

Actualmente se está revisando el programa y se propone la existencia en todos los hospitales de referencia de unidades específicas de cuidados paliativos (ESH), extender el programa a todas las edades y patologías, profundizar en la coordinación, mantener la atención psicológica y contar con el apoyo de unidades específicas del ámbito socio-sanitario.

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE PACIENTES

A partir de la publicación en 1999 del documento “To err is human: building a safe health system” que puso de manifiesto la importante repercusión sobre la morbimortalidad los eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria, la Seguridad del Paciente se convirtió en prioritaria en los países desarrollados.

En España el estudio **ENEAS** (Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) 2005 puso de manifiesto que un 8,4% de pacientes que han ingresado en los hospitales españoles presenta algún evento adverso relacionado directamente con la asistencia hospitalaria, considerando que un 42,8% de los eventos adversos eran evitables y que se relacionaban sobre todo con el uso de los medicamentos (37,4%), las infecciones hospitalarias (25,3%) y la aplicación de procedimientos quirúrgicos (25%), en particular si requieren anestesia.

El estudio **APEAS** (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud) realizado en nuestro país en el año 2007 indica que la prevalencia de efectos adversos (EA) fue de 0.8 pacientes por cada 100 visitas de Atención Primaria realizadas siendo el factor causal más frecuente la medicación, aunque la comunicación y la gestión estaban en la raíz de muchos de los EA.

En 2007 el Ministerio de Sanidad español desarrolló la Estrategia de Seguridad del paciente adhiriéndose las CCAA a las propuestas y actuaciones de la misma. Esta Estrategia se basaba en tres pilares, el desarrollo de una cultura de seguridad, el fomento de la aplicación de prácticas seguras de acuerdo con la evidencia disponible y la promoción de la investigación en efectos adversos.

En Navarra se han realizado distintos proyectos en este campo como los programas de Bacteriemia y Neumonía Zero, el programa de Higiene de manos, el Proyecto de Seguridad quirúrgica, el de Identificación de pacientes, el Plan de actuación ante la urgencia vital, el proyecto de Seguridad de pacientes en el ámbito de salud mental y el de Conciliación y errores de medicación. También se están implantando proyectos de actuación integral para la mejora de la Seguridad de los pacientes como el Proyecto de Formación en seguridad de pacientes y el Sistema de notificación y aprendizaje.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

Para impulsar la Estrategia de Atención al Parto Normal se realizan en nuestra Comunidad actividades formativas en los diferentes hospitales y se asegura la asistencia a Talleres organizados en el Ministerio de profesionales de medicina y de matronas. Como resultado se mantiene muy bajo respecto al Estado el número de cesáreas con una tasa de 15,98 en 2011, mientras que en España fue de 21,88; se siguen las recomendaciones de evitar la administración de enema, la realización de episiotomía sistemática, favorecer el contacto piel con piel al nacimiento, se constata un aumento

exponencial del número de Planes de Parto recibidos y se dispone de camas para las salas de dilatación que permiten diferentes posturas.

ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

Es una Estrategia en fase de elaboración que se va a centrar en cuatro grupos de pacientes, artritis y espondiloartritis de reciente comienzo, enfermedades autoinmunes sistémicas, gran discapacidad aguda reversible y síntomas ó signos de alarma de patología potencialmente grave, debido al alto impacto psicosocial y económico que producen.

3.5.2. ACTUACIONES SOBRE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

3.5.2.1. ACTUACIONES SOBRE CÁNCER

El Sistema Sanitario actúa frente al Cáncer a través de diversas medidas que van desde la promoción de estilos de vida saludables a la detección precoz y mediante el amplio conjunto de servicios que ofrece la red asistencial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Prevención primaria del Cáncer

Las líneas de acción en Prevención primaria actúan sobre estilos de vida y entornos para mejorar los factores ambientales y los comportamientos y capacidades personales, con doble estrategia personal y poblacional

Los cinco cánceres más frecuentes tanto en hombres como en mujeres se relacionan con diversos factores vinculados con los estilos de vida y con el entorno en que vivimos.

Los factores más frecuentes que se señalan en el Código Europeo frente al cáncer son los siguientes: Tabaco, Obesidad, Actividad física, Alimentación (aumento de frutas, verduras y fibras, formas de cocinar y limitar alimentos con grasas de origen animal), Alcohol, Exposición al sol, Aplicación de legislación sobre sustancias cancerígenas, Agentes infecciosos (como el virus de la Hepatitis B, algunos Papilomavirus y *Helicobacter pylori*).

Otras Agencias y Entidades añaden conocer la genética familiar y la historia de salud personal y el Sobrepeso /Obesidad.

Se van incorporando también nuevas líneas de investigación que algunas Sociedades científicas reseñan tales como: diversos Agentes químicos (seguridad alimentaria...) y físicos (contaminación del aire...), Salud mental (papel del estrés...), factores genéticos.... que habrá que revisar en el futuro conforme a la evolución de la investigación al respecto.

En Navarra, las líneas de acción en Prevención primaria actúan sobre estilos de vida y entornos para mejorar los factores ambientales y los comportamientos y capacidades personales, con doble estrategia personal y poblacional

La Estrategia personal se basa en planteamientos de autocuidado, incluye la información y educación estructurada de la población usuaria desde la continuidad asistencial, incluyendo el trabajo con familias y cuidadoras y con Asociaciones de pacientes.

La Estrategia poblacional, siguiendo las recomendaciones internacionales, apuesta por “Desarrollar una estrategia de difusión del Código europeo contra el cáncer” que se enmarca en una estrategia general de prevención global de la cronicidad desde una perspectiva del ciclo vital, que incluye al menos la de cánceres, enfermedades vasculares, diabetes y respiratorias crónicas. En este sentido, se desarrolla en Navarra en para el periodo 2008-2014 la Campaña Cuídate dirigida a población adulta. Está previsto un Programa de estilos de vida en población adulta y otro Programa de Envejecimiento activo con actuaciones sobre el entorno y las personas.

Detección precoz

En Navarra las actuaciones de detección precoz sistemática del cáncer se centran principalmente en tres tumores: mama, cervix y colon.

Detección Precoz de Cáncer de Mama

En el año 1990 el Departamento de Salud de Navarra decidió poner en marcha un programa poblacional de Detección Precoz de Cáncer de Mama, que es el tumor femenino más frecuente, con el objetivo de disminuir su mortalidad además de aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas. El Programa se inició el 3 de marzo de 1990. En 2012 ha finalizado la undécima vuelta.

La población diana son las mujeres residentes en Navarra entre 45 y 69 años. También se incluyen, las mujeres con antecedentes familiares de primer grado entre 40 y 45 años, a las cuales se les realiza un test de cribado consistente en una mamografía digital (doble proyección) que se repite cada dos años.

El programa está integrado en la Sección de Detección Precoz del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Cuenta con una unidad de detección en dicho centro y una unidad móvil que va recorriendo toda Navarra, además de la oficina de coordinación también en el mismo ISPLN, 33 personas están adscritas al PDPCM, la mayoría de ellas a dedicación total.

A lo largo del año 2011, último año analizado, se han enviado 50.772 citaciones. Se han realizado 41.688 exploraciones de cribado. En el mismo periodo se han realizado 2.644 revisiones intermedias. 2.749 mujeres han vuelto a ser citadas en las correspondientes unidades para realizarse nuevas proyecciones y/o ecografía y 297 han sido enviadas a unidades hospitalarias para valoración diagnóstica y posterior tratamiento en caso de confirmación de lesión maligna.

Evolución de la actividad del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. 2007-2011

Actividad	2007	2008	2009	2010	2011
Nº de zonas (localidades incluidas)	29(318)	23(422)	34(328)	28(456)	33(466)
Nº de citaciones	47.315	37.521	50.740	50.516	50.772
Nº de mujeres exploradas	39.718	32.245	41.995	41.849	41.688
Nº de revisiones intermedias	1.403	1.471	1.516	1.825	2.644
Nº de pruebas complementarias	2.241	2.126	2.828	3.040	2.749
Nº de mujeres remitidas a Hospital *	271	300	367	362	297

La actividad en los últimos años no muestra variaciones significativas.

Los indicadores de proceso del programa a lo largo de todos los años de funcionamiento han alcanzado los estándares recomendados por la guía europea de calidad

Evolución de los indicadores de proceso del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mujeres invitadas*	35.529	34.829	39.599	37.968	40.192	42.897	44.084	34.917	46.773	45.860
Mujeres exploradas (m.e.)	31.448	30.940	34.834	33.940	35.323	37.526	38.031	30.626	40.359	40.016
% de Participación	88,51	88,83	87,97	89,39	87,89	87,48	86,27	87,71	86,29	87,26
% Pruebas adicionales /m.e.	9,78	8,26	8,05	7,94	5,65	5,14	4,60	5,47	6,44	6,61
% Revisión intermedia / m.e.	6,29	5,06	4,43	4,34	4,28	3,69	2,94	3,79	3,98	4,79
Total cánceres detectados (c.d)	119	118	148	135	169	145	117	123	205	167
Tasa detección total /1000 m.e.	3,78	3,81	4,25	3,98	4,78	3,86	3,08	4,02	5,08	4,17
% Intraductales /c.d.	15,97	21,19	12,84	15,56	23,08	20,69	13,68	19,51	22,93	16,77
% Tmic y T1ab /c.d.	44,54	34,75	35,14	41,48	41,42	33,10	31,62	32,52	32,20	35,93
% Tmic y T1ab (sobre c.inv.d.)	53,54	44,09	40,31	49,12	53,85	41,74	36,63	40,40	42,31	43,17
% N(-) (sobre c.inv.d.)	71,72	66,67	67,44	70,18	79,23	72,17	76,24	71,72	68,59	60,43
% Intrad más InvN(-) s(sobre c.d.)	75,63	73,73	71,62	74,81	84,02	77,93	79,49	77,24	75,12	67,07

Resalta el porcentaje de participación siempre por encima del 85%, una de las más altas que se ha alcanzado en programas similares tanto de ámbito nacional como internacional. La adherencia al programa sigue siendo superior al 95%.

El porcentaje de pruebas adicionales ha seguido descendiendo en los últimos años a excepción de la última vuelta en la que se produjo un ligero aumento.

La tasa de detección media de estos 10 años se sitúa en 4,1‰ mujeres exploradas con ligeros cambios a lo largo de los años analizados. Alrededor del 55% de los tumores son intraductales o invasivos de carácter mínimo. Del total de tumores invasivos, aproximadamente un 70% no presentan invasión ganglionar.

En cuanto a resultados finales, la evaluación del programa revela importantes reducciones de la mortalidad por cáncer de mama tanto en global como en el grupo de cribado, lo que avala una vez más el efecto que la puesta en marcha y desarrollo de programas de cribado de cáncer de mama produce en la mortalidad por este tumor. Se estima que la mortalidad por cáncer de mama en Navarra ha descendido un 35% desde el comienzo del programa de detección precoz en 1.990.

Cribado de cáncer colon y recto

El cáncer colo-rectal (CCR) es un importante problema de salud pública en países desarrollados como España. De la misma forma en Navarra es uno de los tumores que se presenta con mayor incidencia y mortalidad.

Siguiendo las recomendaciones establecidas por organismos de carácter nacional e internacional, en octubre de 2012 se ha iniciado la implantación de un programa de cribado de CCR en Navarra.

Este programa, al igual que el de cribado de cáncer de mama, tiene carácter poblacional y se desarrolla de acuerdo a las siguientes bases:

- *Población objetivo*: se incluye a todos los hombres y mujeres residentes en Navarra, con edades comprendidas entre 50 y 69 años.
- *Test de cribado*: la prueba inicial ofertada a toda la población que se incluya en programa es la “determinación de sangre oculta en heces”.
- La colonoscopia con sedación, es la *prueba de confirmación diagnóstica* de elección para las personas con resultado positivo en el test de cribado.
- *Intervalo entre exploraciones*: las pruebas se realizan, con carácter general, cada 2 años.

De forma paralela a esta actividad se identifican aquellas personas con alto riesgo de padecer la enfermedad por presentar factores de riesgo personal y/o familiar, a las que se les aplica estrategias de cribado de acuerdo a su situación.

Cribado de cáncer de cuello de útero

El Programa de cribado de cáncer de cuello de útero que se desarrolla en Navarra es un programa de carácter oportunista, que depende del Servicio de Obstetricia y Ginecología, Sección de Atención a la Mujer.

Según los protocolos consensuados en el año 2000 incluye a mujeres entre 25 y 65 años (o desde 3 años después de comenzar con relaciones sexuales).

La captación se realiza la primera vez, a petición de la interesada. Para posteriores revisiones es el Servicio quien envía las correspondientes cartas de citación. Se recomienda la realización de exploraciones aprovechando el contacto del interesado con el sistema sanitario por otros motivos.

El test de cribado consiste en una Citología triple o líquida de cervix y si es preciso determinación de HPV.

El intervalo recomendado es de dos años consecutivos en la primera ocasión y posteriormente si el resultado de ambas es normal, cada tres años en mujeres de riesgo alto y cada 5 en las de bajo riesgo.

No existe un sistema de información específico del programa. Las evaluaciones se realizan con la información de los servicios de Anatomía Patológica y Historia Clínica Informatizada. La última se realizó en la sección de detección precoz del ISPLN y de ella se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Tomando como referencia los criterios que se establecieron como base para el desarrollo del programa, la práctica de la citología está bien localizada en el grupo de edad de 25 a 64 años.
- Existe una alta cobertura media a 3 y 5 años (60y 73% respectivamente). Se detectan diferencias por ámbito de residencia con una cobertura inferior en áreas rurales (59,55% frente a 76,82% en áreas urbanas).

- Los intervalos de tiempo entre citologías son inferiores a los recomendados para población de riesgo medio-bajo. Algo menos del 30% de las citologías se efectúan con intervalos entre 3 y 5 años.
- No se dispone de información para categorizar a las mujeres en función de su riesgo y evaluar la cobertura y frecuencia de realización de las pruebas en función del mismo.

La Atención al Cáncer en Navarra

Aunque en Navarra el nivel de formación profesional, los recursos técnicos y las instalaciones disponibles son en general adecuadas la atención al paciente oncológico es susceptible de mejora y se aspira a proporcionar una atención más centrada en el paciente y con mayor eficiencia del gasto.

Nuestra Comunidad cuenta con las más modernas instalaciones de radioterapia y próximamente, tras la apertura del nuevo Pabellón-C del CHN, se dispondrá de una nueva planta de hospitalización y de un nuevo hospital de día lo que mejorará notablemente el confort y personalización de la atención.

El proceso de confirmación diagnóstica se inicia cuando ante una sospecha fundada de cáncer, el médico solicita por primera vez una prueba o realiza una derivación para llegar a confirmar el diagnóstico. Para ello en Navarra se cuenta con protocolos y circuitos prioritarios de derivación de sospecha fundada de cáncer.

Aunque no se dispone de datos fiables sobre los tiempos para el diagnóstico, tiempos entre la decisión terapéutica y el establecimiento efectivo de tratamiento, sí se puede afirmar que por lo general el Servicio de Oncología Médica realiza la primera visita en los siguientes 10 días tras su solicitud, y el tratamiento se puede comenzar sin ninguna demora a menos que el paciente necesite alguna otra exploración complementaria.

En la actualidad casi la totalidad de los pacientes se evalúan en el seno de comités multidisciplinares, con una buena coordinación entre los especialistas. Disponemos de: Comité de tumores digestivos CHN A y B , Comité de tumores urológicos CHN A y B, Comité de tumores torácicos CHN, Comité de tumores ginecológicos CHN, Comité de Tumores ORL CHN, Comité de Melanoma CHN, Comité de tumores de partes blandas y óseos CHN, Comité de tumores cerebrales CHN. En el Hospital Reina Sofía dada la menor cobertura poblacional, el número de casos diagnosticados es menor y sólo hay un Comité de Tumores donde se presentan todos los casos diagnosticados de cáncer en el Área de Tudela.

No todos los Comités cuentan con la acreditación o reconocimiento por parte del Servicio Navarro de Salud y existe una duplicidad de comités en ambos hospitales que deberían tender a la unificación.

El seguimiento de los pacientes con cáncer es uno de los aspectos más susceptible de cambio ya que se detectan importantes problemas de coordinación, lo que conlleva duplicidad de consultas y exploraciones de escaso valor añadido y que tienen poco impacto en la supervivencia final.

En la actualidad se carece de Unidades Funcionales Multidisciplinares propiamente dichas que trabajen con protocolos unificados, lo que permitiría establecer protocolos de

seguimiento basados en la evidencia científica y disminuir el número de revisiones. Más aún, muchas de las consultas se podrían realizar de manera no presencial. En la actualidad ya funcionan circuitos de seguimiento entre las especialidades implicadas en los casos de tumores de mama y tumores ginecológicos.

Se carece de sistemas de comunicación entre Atención Primaria y Oncología para pacientes en fase de seguimiento sintomático (sin exploraciones complementarias), en cuyo caso se podrían evitar seguimientos y sustituirlos por interconsultas informáticas, consultas no presenciales o un circuito de derivación si su médico de Atención Primaria lo considera oportuno.

La atención psicosocial está centrada por un lado en la atención proporcionada por los profesionales de Trabajo Social de hospitalización o del centro de salud y por otro lado, en la atención psicológica que presta la Asociación Española Contra el Cáncer.

Los centros hospitalarios que traten pacientes con cáncer, deben establecer una metodología de evaluación de resultados clínicos de los pacientes tratados total o parcialmente en dicho centro que permita evaluar: supervivencia según estadio en el diagnóstico, el porcentaje de recidivas y la mortalidad quirúrgica a los 30 días o dentro del mismo ingreso hospitalario.

Con la apertura del nuevo hospital de día se espera una mejoría en la atención a los pacientes.

Navarra es una de las 10 comunidades autónomas que cuentan con un Plan de Cuidados Paliativos autonómico implantado. La asistencia a los enfermos paliativos está bien coordinada con la atención hospitalaria y las consultas externas se realizan en su mayor parte en el Hospital San Juan de Dios (Pamplona y Tudela) y en el Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Navarra. La atención domiciliaria se garantiza por Atención Primaria en estrecha colaboración con los equipos de soporte de San Juan de Dios, unidad que también proporciona atención psicológica a los pacientes del programa de cuidados paliativos.

Una de las necesidades más imperiosas es la implementación de una unidad de onco-genética, dentro de la estructura del área oncológica dado que el cáncer es una enfermedad de base genética y cada vez se conocen más factores genéticos cuya determinación tiene una implicación clínica, con impacto como factores pronóstico o como factores de selección de tratamientos.

Otro aspecto destacable es la capacidad de investigación ya que en la actualidad el 40% de los ensayos clínicos realizados en el CHN se realizan en el ámbito de la oncología. Sin embargo se hace todavía necesario consolidar grupos estables y multidisciplinarios de investigación integrados en redes acreditadas.

Asistencia a población infantil

En Navarra prácticamente toda la atención a niños y adolescentes diagnosticados de cáncer se realiza en la Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Virgen del Camino que atiende a población en rango de edad de 0-18 años lo que favorece la atención psicosocial y educativa desde el momento del diagnóstico y permite continuar su desarrollo madurativo y su educación.

En Navarra al igual que en otras comunidades, la incidencia de cáncer en edad pediátrica está en torno a los 15 casos nuevos por 100,000 niños menores de 15 años.

Según los datos que disponemos de Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI) la supervivencia del cáncer en Navarra en edad pediátrica ha mejorado de forma significativa. La actualización constante en esta patología, la aplicación sistemática de protocolos de oncología pediátrica definidos a nivel nacional e internacional (SIOP) y la labor en equipos multidisciplinares han provocado estas mejorías visibles en los datos.

La ampliación y notable mejoría de las instalaciones de la hospitalización de día de Oncología Pediátrica, realizada en 2012, permite disponer de medios más que adecuados para la atención diaria, evitar ingresos en planta y una individualización en el trabajo absolutamente fundamental para el tratamiento con estos niños y sus familias.

Desde hace más de 5 años en Navarra se realizan con éxito trasplantes autólogos de progenitores hematopoyéticos en niños y se prevé iniciar el trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénicos en el curso del año 2014 -2015.

3.5.2.2. ACTUACIONES SOBRE ENFERMEDADES VASCULARES Y DIABETES

RIESGO VASCULAR

La atención al paciente de riesgo cardiovascular en Atención Primaria en Navarra se apoya en las recomendaciones de la Guía elaborada en nuestra Comunidad en el año 2004, actualizada en el 2006 y posteriormente de forma continua y automática en la propia historia clínica electrónica (HCE).

Como prevención primaria, se promueve y facilita la valoración global de riesgo vascular como ayuda en la toma de decisiones.

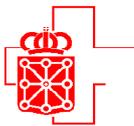
Actualmente, para calcular el riesgo vascular, se dispone en la práctica clínica de tres métodos: SCORE Europeo, REGICOR y RICORNA. Este último, fue elaborado con los datos de los factores de riesgo para la población de Navarra obtenidos en el estudio RIVANA (2004). Los tres métodos son calculados automáticamente por la HCE. Conviene recordar, no obstante, que existen factores de riesgo cardiovascular no incluidos en los cálculos, como el sedentarismo, la obesidad, y los antecedentes familiares que deben ser tenidos en cuenta en el momento de establecer el plan personalizado de control de riesgo en cada paciente.

Plan de autocuidados

Los estudios epidemiológicos señalan la existencia de un elevado porcentaje de población con factores de riesgo o manifestaciones de enfermedad vascular. Por otro lado, la observación del comportamiento de las personas pone de manifiesto que las decisiones individuales sobre los estilos de vida (tabaco, alimentación, realización de actividad física) son el elemento más relevante para su evitación o control. Ambos hechos apoyan la evidencia de que una respuesta asistencial basada en la intervención en consulta sobre un paciente “dependiente” de los servicios de salud es, en su conjunto, insuficiente, poco efectiva e ineficiente. La intervención educativa-formativa que tenga como objetivo un mejor conocimiento por parte del paciente de su proceso y que facilite su autonomía y la responsabilización de su cuidado se vislumbra como una línea de futuro.

Desde el año 2007 profesionales de la Dirección de Atención Primaria y del Instituto de Salud Pública y Laboral han trabajado en el diseño e implantación progresiva del Plan de autocuidados y autocontrol en Prevención Cardiovascular. El objetivo de este Plan es definir y desarrollar una secuencia asistencial al paciente con un factor de riesgo o una enfermedad vascular, que favorezca que adquiera un mejor conocimiento de su proceso y la mayor autonomía posible en su control y seguimiento. Dicha autonomía se explicita en la definición de un Plan Personal individualizado, con identificación de objetivos en el conjunto de líneas de cuidados (ver pirámide del autocuidado). En conjunto, el profesional, fundamentalmente la enfermera, adquiere un perfil más educativo, asesor y facilitador y el paciente un perfil más activo.

Esta línea de trabajo unida a las intervenciones poblacionales y a las dirigidas sobre población infanto-juvenil en relación a la adquisición de hábitos saludables, se convierten en los ejes de la salud vascular futura de la población de Navarra.



Componentes del Plan Personal

Que la persona se plantee sus objetivos

- Afrontamiento
- Tabaco
- Alimentación
- Ejercicio físico
- Estrés
- Medicación
- Controles



Hacerse un plan personal es transformar el riesgo en oportunidad
“Objetivos concretos, realistas y con un plazo de cumplimiento”

50

El Plan de Autocuidados se incluye en el Plan de Mejora de la Calidad de Atención Primaria. Esta línea se incorporó también en el Plan Estratégico del Departamento de Salud aprobado en 2010.

Situación actual

En 2012 se han actualizado en Atención Primaria las recomendaciones de manejo en prevención cardiovascular adaptándose a las nuevas evidencias y al propio Plan de Autocuidado, y se han incorporado en la HCE.

Se ha hecho un buen trabajo de formación y difusión de la guía y actualización de recomendaciones.

En este momento se puede valorar que los profesionales han aceptado el concepto de RCV y enfermedad vascular como un concepto integrado y necesario para la valoración y la intervención multifactorial.

A sabiendas de que la secuencia asistencial que favorezca la formación y autonomía del paciente debe iniciarse en el mismo momento de la detección del factor de riesgo o diagnóstico de enfermedad vascular, y de que con frecuencia ocurre en atención

especializada durante el ingreso o en consultas externas, se inició hace 2 años una experiencia de coordinación con el Área del Corazón del Complejo Hospitalario de Navarra, de forma que durante el ingreso por un IAM o Angina inestable, se inicia ya la información-formación del paciente. Esta experiencia de coordinación entre el Servicio de Cardiología y AP y la también existente entre el Servicio de Endocrinología y AP es muy positiva.

Áreas de mejora

Se identifican las siguientes:

- Mejora de la homogeneidad y sistematización de la estratificación del paciente con RCV y en la definición de un Plan de actuación individualizado.
- Cambio “cultural” en la relación asistencial entre profesionales y pacientes, evitando la dependencia innecesaria del sistema asistencial y definiendo como objetivo el favorecer la mayor autonomía del paciente en su cuidado y en la toma de decisiones.
- Mejora de la coordinación de AP con todos los Servicios especializados implicados en la atención del paciente con riesgo o enfermedad vascular (neurología, cirugía vascular, nefrología, medicina interna, etc.).
- Solucionar la sobrecarga asistencial producida por la sistemática de atención actual a los factores de riesgo.
- Incorporación a la práctica clínica de la proliferación continuada de nuevas guías, consensos, protocolos, en ocasiones con conceptos o recomendaciones contradictorias o de dudosa aplicabilidad en nuestro medio.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

En 1998 se creó la Unidad de Ictus del CHN que en 2005 se transforma en la Unidad de Ictus de referencia para toda la Comunidad de Navarra.

En Navarra existe además una Unidad de Ictus en la Clínica Universitaria de Pamplona.

Resumen actividad clínica

El 73% de todos los ictus ingresan en la Unidad de Ictus del CHN. Un resumen de su actividad clínica durante los últimos 12 años se presenta en las Figuras 1-3 y se recoge en las siguientes anotaciones:

- Aumento del número de ingresos por Ictus desde 2002 a 2011. En 2012 disminuyen el nº total de ingresos del Servicio y el nº de ingresos por Ictus.
- Mayor nº de hombres que de mujeres ingresados por Ictus.
- Mayor edad media de las mujeres que de los hombres
- Algo más del 60% de los Ictus son por infarto cerebral. Algo más del 10% son hemorragias cerebrales y algo menos del 10% por AIT.

Figura 1.

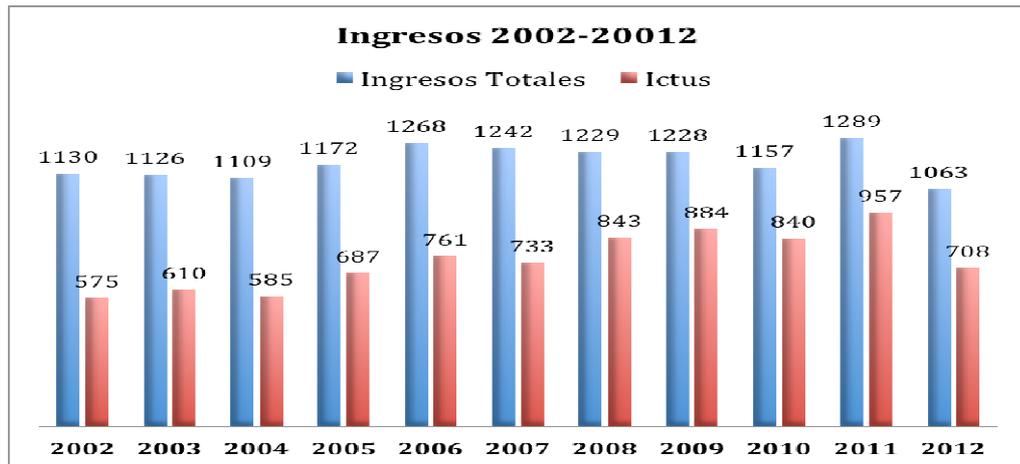


Figura 2.

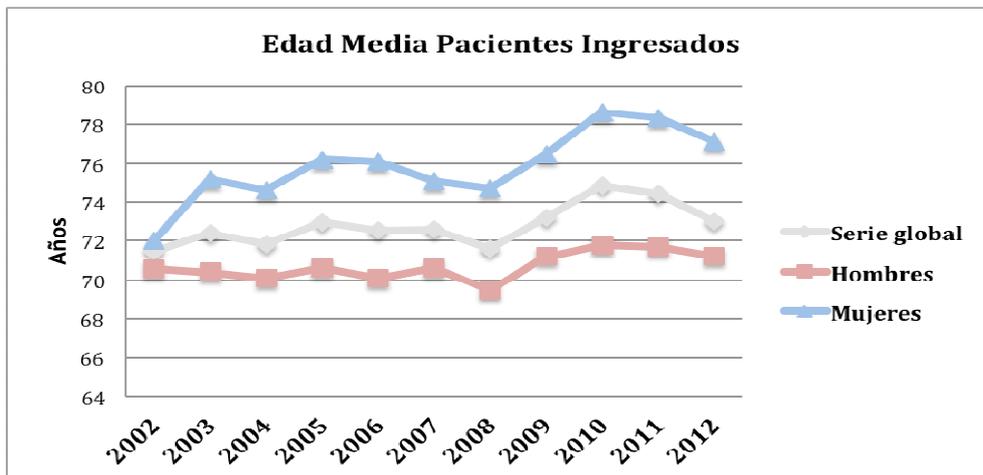
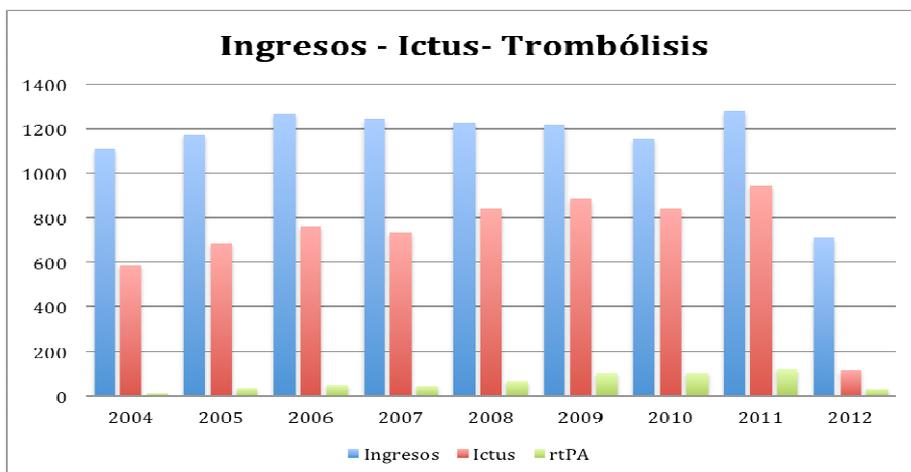


Figura 3.



Situación actual

El servicio cuenta con una alta cualificación de su personal y proporciona una amplia cartera de servicios. Ha habido un incremento progresivo de la actividad asistencial global así como de trombolisis y neurointervencionismo.

Se identifican las siguientes **Áreas de Mejora:**

- Actualización y mejora del equipamiento de la unidad de Ictus
- Actualización y mejora del equipamiento de la Neurosonología.
- Actualización de la monitorización en la fase aguda.
- Mejora del registro de Ictus.
- Creación de un comité e implantación de la angioplastia carotídea programada.
- Puesta en marcha de un programa de atención alta resolución al AIT.
- Elaboración de protocolos comunes con AP.
- Incremento de la investigación clínica.
- Solución a la sobrecarga del Trabajo Administrativo.
- Respecto a estudios complementarios: corregir la demora para los estudios cardiológicos, especialmente el ecocardiograma que en no pocos casos deben realizarse ambulatoriamente, no siendo una buena práctica clínica.
- Respecto a los traslados a otros centros y Servicios:
 - o Adecuar y agilizar el circuito de derivaciones. Hay importante retraso para ingreso programado en Ubarmin.
 - o Mejorar la derivación y tiempo para cirugía de la endarterectomía.

INSUFICIENCIA CARDIACA

Recientemente se ha constituido en Navarra un Grupo de Trabajo multidisciplinar para definir el modelo de atención a la Insuficiencia Cardíaca (IC) en el contexto de la atención al paciente crónico y/o pluripatológico.

La atención al paciente con IC en los últimos años se ha realizado desde los diferentes recursos asistenciales sin un modelo de coordinación asistencial específico. El diagnóstico básicamente se ha realizado en el entorno de atención especializada, bien durante el ingreso o durante la realización de consultas externas. El seguimiento incluidos ajustes terapéuticos, control de descompensaciones, etc. ha sido compartido con atención primaria en función del grado de severidad. La participación del personal de enfermería en la atención y seguimiento del proceso y la participación del paciente y familia en su control ha sido hasta el momento muy limitado. En este sentido está resultando de utilidad la experiencia previa del Hospital de Tudela sobre gestión de casos de enfermería y el desarrollo del plan de autocuidados.

Desde el año 2010 la ampliación del espectro de determinaciones analíticas a realizar (BNP) y sobre todo la implantación de modalidades de interconsulta más ágiles como la interconsulta no presencial con cardiología, ha permitido la mayor participación de atención primaria en el diagnóstico de la IC mediante la solicitud de ecocardiografía y una mayor agilidad en el seguimiento a través del intercambio de información sobre los cambios clínicos de los pacientes y sus necesidades de ajustes terapéuticos.

Áreas de mejora

Se identifican las siguientes:

- Estructuración de recursos y circuitos ágiles de atención compartida por AP con el conjunto de especialidades: M. Interna, Geriátrica...

- Homogenización y sistematización en la estratificación del paciente con IC y en la definición de un Plan de actuación individualizado.
- Homogenización y facilitación por los responsables de gestión clínica de los diferentes Servicios Sanitarios, de cambios significativos en la relación asistencial ágil de AP-AE.
- Corregir la escasa participación de enfermería en el proceso.

FIBRILACIÓN AURICULAR

Los miembros del Comité de Coordinación de AP-AE en Cardiología elaboraron en 2006 un documento para el manejo del paciente con Fibrilación Auricular (FA) en Atención Primaria que incluía aspectos clínicos, soporte informático y formación de profesionales.

En 2010 comenzó la implantación de un modelo de atención basado en la protocolización y coordinación ágil con cardiología en el que las consultas no presenciales de cardiología fueron determinantes. Este modelo también contempla la mayor participación de enfermería en el proceso y la sistematización de la información al paciente.

País Vasco y Cantabria, están trabajando en estas Comunidades en la extensión y mejora de un modelo asistencial similar al aplicado en Navarra.

Situación actual

En el año 2012 se puede hablar de un modelo de atención a la Fibrilación Auricular en Navarra aunque con necesidades de actualización y mejora.

Se identifican las siguientes **Áreas de Mejora:**

- Homogenización y sistematización en el manejo de la FA entre Servicios de Urgencias, Centros de Salud y Servicios especializados.
- Visión global del proceso en el que debe asegurarse el control de la frecuencia, la prevención adecuada del riesgo tromboembólico y hemorrágico y el control del resto de factores o procesos asociados: IC, IR, etc.
- Corregir la escasa participación de enfermería en el proceso.
- Información al paciente de su proceso.
- Definición y obtención de indicadores para el seguimiento.

DIABETES

Estructura organizativa:

En líneas generales la diabetes tipo 1 es llevada en Asistencia Especializada mientras que la tipo 2 lo es en Atención Primaria. Enfermería cuenta con consultas de formación diabetológica tanto para diabetes tipo 1 como 2, con una enfermera para educación “a pie de cama” para pacientes diabéticos tipo 2 cuando ingresan en otros servicios y una consulta externa de sistemas de infusión continua de insulina.

Proceso asistencial

1) Aspectos relacionados con **la prevención y estilo de vida:**

- 1.1 El Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra proporciona a través de su página web abundante información sobre promoción de la salud que incluye alimentación y ejercicio físico destinados a prevenir diversas enfermedades, entre ellas la diabetes.

- 1.2 El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra ha elaborado un programa y publicado un folleto de información sobre Enfermedades vasculares que incluye la prevención.
- 1.3 La prevención de la diabetes tipo 2 pasa por combatir el sobrepeso y la obesidad. En Navarra, hay detectadas 59.729 personas con sobrepeso: 27.260 mujeres y 32.469 hombres. Los obesos son 56.903, 30.438 mujeres y 26.425 hombres. También se está trabajando para prevenir la obesidad infantil.
- 2) Aspectos relacionados con el **diagnóstico precoz**: El diagnóstico precoz pasa por el cribado poblacional.
En Navarra, en 2008, sobre un total de 533.879 personas, tenían factores de riesgo para desarrollar diabetes (IMC \geq 27; AF de diabetes en familiares de primer grado; HTA, dislipemia, AP de diabetes gestacional; AP de glucemia basal alterada o de tolerancia alterada a la glucosa) 99.489 mujeres y 95.353 hombres.
- 3) Aspectos relacionados con el **tratamiento y el seguimiento**:
Tratamiento: Todos los diabéticos tipo 1 están en tratamiento con insulina. En Navarra, el 16,1% de los diabéticos tipo 2 llevan tratamiento con insulina bien en monoterapia o en tratamiento combinado y el resto medidas higiénico-dietéticas (19,9%) o Antidiabéticos Orales (64%).
Seguimiento:
- Los pacientes con diabetes tipo 1 se siguen en Endocrinología. De media, se les cita cada 3 meses.
 - Los pacientes con diabetes tipo 2 son atendidos por AP, sin detrimento de que puedan ser remitidos a Endocrinología si su médico de AP lo estima conveniente. Se contempla por lo menos una visita al año en su Centro de Salud.
- Control metabólico** alcanzado con el tratamiento: Datos de 2008:
- Buen control: personas con cifras de Hemoglobina glicosilada $<7\%$: 55,4%
 - Mal control: personas con cifras $>9\%$: 9,2%.
- Coordinación Primaria-Especializada:** Se lleva a cabo a través de:
- Interconsultas no presenciales
 - Docencia: Cursos y ponencias
 - Guía actualizada sobre diabetes tipo 2 en Atención Primaria
- 4) **Aspectos relacionados con los autocuidados**:
Existe un protocolo informatizado de autocuidados en vascular en Historia Clínica informatizada de Atención Primaria (AP). Así mismo se dispone de folletos de información sobre enfermedad vascular (uno de autocontrol y otro de autocuidado). También se proporciona a los pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2, diversos folletos sobre información general de la diabetes, autocontrol y autocuidados para evitar complicaciones tanto en AP como en especializada.
- Dentro del Plan de Mejora de Atención Primaria se desarrolla la estrategia de Autocuidados en Pacientes Crónicos donde estarían incluidos los pacientes con diabetes al que se han ido incorporando progresivamente todos los centros de salud. El paciente crónico con enfermedad vascular y/o diabetes es derivado a su enfermera de referencia para ofertarle formación y seguimiento dentro del programa de Autocuidados-Autocontrol. De esta forma se consigue implicar al paciente en su autocuidado y que quienes quieran y puedan, asuman medidas de autocontrol.

Análisis de la situación actual

Se valora positivamente la buena relación asistencial y docente existente entre AP y AE, la existencia de un grupo de diabetes dentro del Servicio de Endocrinología, la existencia de consultas de educación diabetológica y del protocolo de interconsulta hospitalaria.

Se identifican las siguientes **Áreas de Mejora:**

- Creación de un Hospital de día de Endocrinología.
- Seguimiento de los pacientes diabéticos tras el alta.
- Incremento de la producción investigadora.
- Creación de consultas de alta resolución.

Servicios específicos. Diabetes infantil.

La Unidad de endocrinología pediátrica del Servicio de pediatría del CHN se ocupa de la atención de los niños con diabetes.

Desde hace 25 años vienen realizando los campamentos para niños con diabetes. La participación del equipo sanitario en estos campamentos implica una doble vertiente, asistencial y educativa, dirigida a conseguir los siguientes objetivos generales, (Guía Consenso ISPAD, 2000):

- Adaptar la pauta de insulina al régimen de vida y a los horarios de verano tras el periodo escolar.
- Favorecer la relación del niño diabético con el personal sanitario, que le atenderá durante el resto del año, al establecer unos cauces de comunicación que exceden de la relación exclusivamente técnica.
- Fomentar la relación entre niños diabéticos como fuente de apoyo ante una problemática crónica y común, especialmente interesante en los casos con debut reciente a los que se recomienda su participación en el campamento.
- Valorar los conocimientos teóricos de los niños y su aplicación en la vida diaria, corrigiendo los errores que pudieran detectarse.

Áreas de mejora en endocrinología pediátrica

- Creación de una nueva consulta en hospital de día sobre nuevas tecnologías en diabetes para dar atención individualizada a los pacientes provistos de nuevas tecnologías con el siguiente contenido:
 - o Monitorización continua de la Glucosa: colocación del sensor y monitor de glucosa (CGMS, Guardian) y descarga de los resultados en el ordenador, con valoración y análisis de los mismos para ajuste del tratamiento.
 - o Colocación y Educación Diabetológica para ISCI (Bomba de Insulina): cambio del tratamiento intensivo con múltiples inyecciones de insulina a ISCI (Infusor Subcutáneo Continuo de Insulina).
 - o Consulta mensual del paciente con ISCI.
- Desarrollo de consultas no presenciales online para pacientes y para pediatras de atención primaria, con el objetivo de mejorar la atención y de facilitar el manejo de los que ya están en tratamiento.
- Interrelación con atención primaria para el diseño de protocolos de derivación y seguimiento de niños con problemas endocrinos. Involucrar más a pediatras de AP en el seguimiento de niños con patologías endocrinas.
- Interacción funcional de AP con dietética.
- Apertura de la consulta de enfermería en consultas externas especializadas para la atención a los niños con diabetes.

3.5.2.3. ACTUACIONES SOBRE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

EPOC

La Estrategia en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) del Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en el 2009, establece las líneas estratégicas para el desarrollo de la misma y sirve de base para diseñar la Estrategia en el Plan de Salud de Navarra 2013-2020.

En **prevención y detección precoz** hay dos pilares clave, disminuir el hábito tabáquico y mejorar el diagnóstico.

Se debe sospechar EPOC en todo individuo mayor de 40 años, que tenga factores de riesgo, como exposición al humo de tabaco (>10 paquetes/año), y que presente síntomas compatibles con la enfermedad (tos, expectoración, disnea de esfuerzo). Este diagnóstico deberá confirmarse mediante la práctica de una espirometría que demuestre la existencia de limitación al flujo aéreo. La espirometría forzada es imprescindible para diagnosticar la enfermedad y valorar su gravedad. Permite además establecer su pronóstico, guiar el tratamiento y facilitar el control de la respuesta terapéutica y la evolución de la enfermedad.

En cuanto a la **atención** hay que considerar que la EPOC es una enfermedad crónica y compleja y como tal debe incluirse en la Estrategia de Atención a pacientes crónicos y pluripatológicos que debe contemplar programas de deshabituación tabáquica, implantación de sistemas para monitorizar la adecuación del tratamiento farmacológico y establecer, basándose en las guías de práctica clínica, criterios de calidad como vacunación antigripal y antineumocócica, ejercicio físico adaptado a la capacidad funcional, programas de rehabilitación respiratoria, valoración multifuncional y un plan de cuidados de enfermería, adherencia al tratamiento, derivación correcta a neumología del paciente sintomático y uso adecuado de la oxigenoterapia continua domiciliaria.

También se ha de revisar la atención al paciente con exacerbación de modo que se adecue a las últimas recomendaciones de GOLD y GseEPOC, procurando que el paciente sea atendido en el nivel asistencial más apropiado y teniendo como objetivo reducir el porcentaje de los reingresos hospitalarios y/o visitas a urgencias no planificados a los 30 días del alta hospitalaria. Los hospitales deberán disponer de aparatos de ventilación mecánica no invasiva y de programas de deshabituación tabáquica para personas con EPOC fumadoras hospitalizadas. Se deberá garantizar la continuidad asistencial a corto plazo tras una exacerbación grave.

Los pacientes con EPOC en fase avanzada terminal, así como a su familia y/o cuidadores/as, deben recibir una atención adecuada según los criterios de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

La formación de profesionales y la Investigación deben completar la estrategia para la adecuada atención a estos pacientes.

ASMA

La Global initiative for asthma (GINA) y la Guía española para el manejo del asma (GEMA) sirven de base para diseñar las líneas de actuación en Asma.

Respecto al **diagnóstico** la espirometría es la prueba de elección y se deben establecer sistemas de monitorización para que las espirometrías forzadas sean accesibles y se realicen con la calidad adecuada según los criterios establecidos. La espirometría debe permitir confirmar el diagnóstico y valorar objetivamente su gravedad, lo que debe quedar registrado en la historia clínica informatizada.

Se debe posibilitar la provocación bronquial inespecífica para descartar el diagnóstico de asma en todos los casos necesarios y realizar una espirometría con prueba broncodilatadora en todos los niños con sospecha de asma que puedan colaborar adecuadamente.

En el asma persistente se aconseja evaluar el potencial papel de los aeroalérgenos mediante valoración clínica y pruebas de prick o IgE y la medición de FENO (óxido nítrico en aire espirado), tiene que ser accesible también para los niños.

Respecto al **tratamiento** la vía inhalatoria es la de elección. Se precisa que los médicos prescriptores y las enfermeras conozcan el manejo de los dispositivos inhaladores y, tanto en Atención Primaria como en Asistencia Especializada, existan programas de educación formal tanto de la enfermedad como de manejo y supervisión de los inhaladores, ya que las acciones únicamente informativas no se han mostrado eficaces.

El **control** del asma debe hacerse de forma periódica con una espirometría forzada, incluso en los niños, y el tratamiento debe ajustarse para alcanzar y mantener el control. Para facilitar la objetividad en el nivel de control se debe incrementar el uso de los cuestionarios validados de síntomas (ACT y ACQ) y, en casos individualizados, la medición de biomarcadores inflamatorios. También puede ser necesario hacer valoración y tratamiento de fisioterapia respiratoria.

Se debe proporcionar a los pacientes con asma un plan de acción por escrito, con el objetivo de detectar precozmente el agravamiento del asma y poder instaurar acciones para su rápida remisión. La evaluación de cualquier exacerbación de asma debe incluir la identificación de signos y antecedentes de crisis de riesgo vital y la utilización de medidas objetivas (PEF o espirometría) para cuantificar el grado de obstrucción al flujo aéreo (evaluación estática).

En los casos de **Asma de control difícil ACD** el tratamiento no debe perseguir el control absoluto de los síntomas sino acordar con el paciente un nivel tolerable máximo de síntomas asmáticos. Estos pacientes deben ser controlados por personal sanitario con experiencia que debe seguir un esquema protocolizado mediante algoritmos de decisión que, de forma secuencial, establezca las maniobras y fármacos que se deben emplear de forma racional, de menor a mayor agresividad.

En el asma de inicio del adulto se debe descartar su origen ocupacional siendo la prueba inmunológica de referencia para el diagnóstico, la prueba de provocación bronquial específica y el tratamiento recomendado el cese total de la exposición al agente causal. Para el diagnóstico de asma agravada por el trabajo se recomienda la demostración de un deterioro de la función pulmonar en relación con el trabajo en una persona previamente diagnosticada de asma. En el síndrome reactivo de disfunción de la vía aérea (RADS), si se consigue el control del asma, con o sin tratamiento médico, no es necesario el cambio de puesto de trabajo.

3.5.2.4. ACTUACIONES SOBRE DEMENCIA Y OTRAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

DEMENCIA

En el año 2008, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea editó la guía: **“Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea”**.

Esta guía se elaboró en el marco del Plan de coordinación Atención Primaria-Asistencia Especializada, por parte de un grupo de trabajo compuesto por profesionales tanto de Atención primaria como de Neurología con el objetivo de mejorar la atención de los pacientes con deterioro cognitivo o demencia en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad, representando un esfuerzo por unificar las pautas de actuación de los profesionales de ambos niveles para favorecer un diagnóstico más temprano de la enfermedad y un seguimiento más integrado y coordinado.

La Guía presenta un algoritmo diagnóstico en pacientes con quejas de memoria, recoge la elaboración de un Plan de cuidados multidisciplinar cuando el paciente ha sido diagnosticado de demencia, establece los criterios de interconsulta a las diferentes especialidades y contempla las consideraciones ético-legales que acompañan a este proceso. Además contempla la atención a la persona cuidadora.

Para su implementación la Dirección de Atención Primaria puso a disposición de los profesionales en la Historia Clínica Informatizada de AP, OMI, los protocolos “Abordaje de la demencia” para el diagnóstico y “Seguimiento de la fragilidad” para el seguimiento de la enfermedad, así como las escalas para la valoración funcional, social, afectiva y cognitiva del paciente y para la sobrecarga de la persona cuidadora.

La Guía recoge las recomendaciones, según su nivel de evidencia, respecto al diagnóstico clínico, la enfermedad de Alzheimer, las consideraciones ético-legales, el tratamiento, los cuidados de enfermería y la atención a la persona cuidadora.

En 2009 se creó el “Grupo de atención a la demencia del SNS-O” mediante resolución del Gerente del SNS-O que emitió un **“Informe-propuesta de Atención a las Demencias”** en Octubre de 2010.

El Grupo realizó una revisión de la situación de la atención a la demencia en Navarra, presentando un mapa de atención a la demencia en ese momento y realizando una serie de propuestas de mejora.

Para aquellos aspectos que se consideraron críticos el Grupo hizo un análisis de situación, definió los criterios de calidad en la atención y realizó una propuesta. Las propuestas para los puntos considerados críticos fueron:

- Crear una Unidad de Demencia en el Complejo Hospitalario de Navarra.
- Crear una Unidad de Neuropsicología adscrita al Servicio de Neurología para actuar como referente único en la realización de estudios neuropsicológicos.
- Consensuar y sistematizar un modelo de información al paciente.
- Mejorar el acceso y ajustar las indicaciones, los contenidos y la duración del tratamiento del Programa de Estimulación Cognitiva a las pautas más coste-efectivas.
- Mejorar la coordinación entre todos los profesionales que tienen un rol en la atención integral e integrada de este proceso incluyendo la creación de una Unidad funcional de demencias.
- Mejorar la atención a las personas cuidadoras.

ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Consulta monográfica de enfermedades neuromusculares

En 2007 se puso en marcha en el Complejo Hospitalario de Navarra una consulta monográfica destinada a atender de forma más específica a los enfermos neuromusculares con los objetivos de:

- Crear una base de datos que permitiera conocer la prevalencia e incidencia de estas enfermedades en nuestra comunidad.
- Crear protocolos diagnósticos y terapéuticos consensuados con otras Unidades en patología neuromuscular de prestigio, nacionales e internacionales.
- Colaborar en diversos proyectos de investigación nacionales e internacionales en este campo, con el compromiso de evitar la actual fragmentación en el campo de la investigación.
- Crear grupos de atención multidisciplinar.

La mayoría de estos pacientes siguen un curso clínico crónico y progresivo, precisando controles regulares con intervalos variables según la patología y el estadio de la enfermedad. Desde que se puso en marcha la consulta multidisciplinar se han atendido casi 800 pacientes.

Consulta multidisciplinar de ELA

En la consulta multidisciplinar de ELA el paciente es valorado por neurología, nutrición y neumología y el mismo día se reúne el equipo de ELA formado por neurología, neumología, nutrición, enfermería de neurología, trabajo social, cuidados paliativos, rehabilitación y neurofisiología.

Con esta consulta se ha conseguido mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, se ha aumentado el grado de satisfacción con la atención, se ha reducido el número de atenciones en los servicios de urgencias, de hospitalizaciones y de ingresos en UCI (en los últimos 5 años ningún paciente con este diagnóstico ha ingresado en estas unidades). También ha aumentado la supervivencia de los pacientes y se ha establecido una relación con la asociación de enfermos de ELA y familiares (ADELA).

Miopatías

Se ha implantado el estudio mediante RM en las miopatías, creando protocolos de estudio unificados y consensuados. Esto ha contribuido de manera muy positiva a la optimización de la biopsia muscular (menos biopsias con mayor rentabilidad diagnóstica) y a la orientación del estudio genético.

Las biopsias musculares han mejorado su rentabilidad diagnóstica al ser valoradas de forma conjunta por los profesionales de patología, neurofisiología, neurología y neuropediatría. Los estudios histológicos se valoran por el equipo considerando aspectos clínicos y electrofisiológicos, lo que permite enfocar los estudios histológicos.

Estudio miocardiopatías familiares

Se ha creado una consulta específica para estudio de las miocardiopatías familiares a cargo del S. de Cardiología del CHN en colaboración con neurología y genética mediante reuniones periódicas y creación de protocolos de estudio genéticos consensuados.

En un porcentaje variable de casos, las miocardiopatías familiares forman parte de miopatías con afectación de musculatura esquelética y cardíaca por lo que es necesaria la valoración conjunta por neurología y cardiología.

Propuestas de mejora

Se ve necesario que los enfermos neuromusculares de la Comunidad Foral sean atendidos en Unidades neuromusculares multidisciplinares que dispongan de experiencia y medios suficientes para su estudio y manejo y estén incluidas en una red colaborativa más extensa que permita el intercambio de servicios y conocimientos con Unidades de otras comunidades de España y de otros países europeos.

Sería deseable una subespecialización en estas enfermedades para profundizar en el conocimiento de las mismas.

Los objetivos de las Unidades serían:

- Reducir el tiempo del diagnóstico.
- Hacer un consejo genético eficaz y real a estas familias.
- Reducir gastos en los estudios diagnósticos.
- Promover la investigación en el campo de futuras terapias.
- Apoyar psicológicamente a los enfermos y sus familias.
- Mejorar la fisio rehabilitación, incluyendo la fisioterapia domiciliaria.
- Mejorar la capacidad docente.
- Aumentar las publicaciones con factor de impacto.

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO**Enfermedad de Parkinson**

En estos momentos en el SNS-O se están utilizando tratamientos para fases avanzadas de la enfermedad que presentan fluctuaciones motoras complejas como las bombas de infusión de apomorfina o tratamiento con levodopa duodenal (Duodopa®), se dispone de neuropsicólogo y los profesionales están participando en estudios clínicos y proyectos multicéntricos. Existe un concierto con la Clínica Universitaria de Navarra que permite derivar pacientes cuando existe indicación de tratamiento quirúrgico.

Sin embargo no se cuenta con subunidades de Trastornos del Movimiento, no hay una oferta de tratamiento multidisciplinar de la enfermedad y, en el conjunto de profesionales y ciudadanos, hay escasa percepción de la EP como una enfermedad con un importante componente no motor.

Enfermedad de Huntington

El Servicio de Genética del Complejo Hospitalario de Navarra hace estudios diagnósticos para toda la Comunidad Foral y otros centros vecinos. Profesionales de los servicios de Genética y Neurología especialmente formados en EH pertenecen al grupo europeo de estudio de EH euro-HD.

Sin embargo no se cuenta con una consulta monográfica para atender a todos los pacientes afectos y en riesgo y tampoco existe una atención multidisciplinar.

Propuestas de mejora

- Desarrollo de bases de datos/registros/actividad de estas patologías según la Ley de Protección de Datos vigente.
- Realizar estudios epidemiológicos de EP y EH en la Comunidad Foral.
- Crear Unidades multidisciplinares de Trastornos de Movimiento, tanto para EP como para EH.
- Establecer sistemas de citación directa desde Centros de Salud a la Unidad de Trastornos de Movimiento en función de los síntomas.

- Programar y seguir a los pacientes sometidos a Cirugía Funcional de EP.
- Facilitar la formación en áreas concretas en otros centros hospitalarios/investigadores/universitarios.
- Desarrollar proyectos de investigación propios y multicéntricos.
- Fomentar la participación en Ensayos Clínicos.

3.5.2.5. ACTUACIONES SOBRE DEPENDENCIA

Con la aprobación de la Ley 39/2007 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia los ciudadanos con dependencia adquirieron el derecho a una atención por parte de los servicios públicos.

En Navarra ha aumentado la población mayor de 65 años del 9.7% en 1970 al 16.6% en el año 2000, hecho que incide en el número de personas dependientes, ya que la dependencia en Navarra en menores de 65 años es del 5% y en mayores de 65 años es de un 32%. La demencia es la causa más frecuente de discapacidad severa y gran dependencia (48.3%) en la Comunidad Foral.

Los cambios sociales influyen en la atención a la discapacidad. La tecnología actual facilita la atención pero la encarece, hay menor disponibilidad en las familias para el cuidado familiar, la mayor supervivencia prolonga las situaciones de dependencia y la situación económica dificulta la atención adecuada de estas personas.

Un aspecto que no podemos obviar es la falta de valorización social del cuidado que sigue recayendo sobre las mujeres, produciendo una importante desigualdad de género.

El Grupo de Trabajo de “Prevención de la discapacidad y la dependencia y promoción de la autonomía” puesto en marcha en el marco del Plan Sociosanitario detectó como áreas de mejora generales las de mejorar el tránsito entre los servicios ofertados por la administración y la de garantizar los mismos derechos a las mismas necesidades con independencia de la vía de entrada a los recursos.

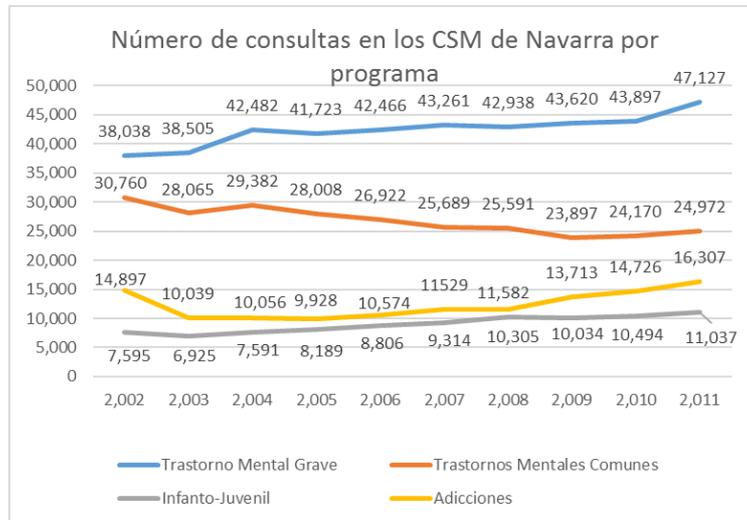
También propuso establecer indicadores en Atención temprana, actuar sobre grupos vulnerables en riesgo de mala salud mental en población joven, dar soporte a las personas cuidadoras, trabajar en el ámbito domiciliario y residencial y elaborar programas de envejecimiento activo.

3.5.2.6. ACTUACIONES SOBRE ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL

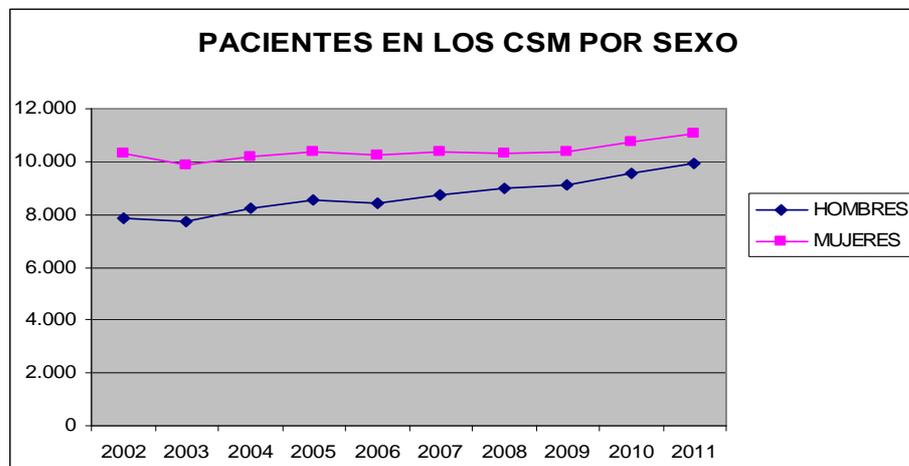
El análisis de la situación de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa) se ha realizado en base a la información del Plan de Salud Mental de Navarra 2010-2016 y de la evaluación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud publicada en 2010 que evalúa cualitativa y cuantitativamente los objetivos propuestos en las cinco líneas estratégicas de las que consta y que permite comparar la situación en Navarra con la de España.

Los datos que se presentan hacen referencia a los pacientes atendidos en la Red de Salud Mental de Navarra.

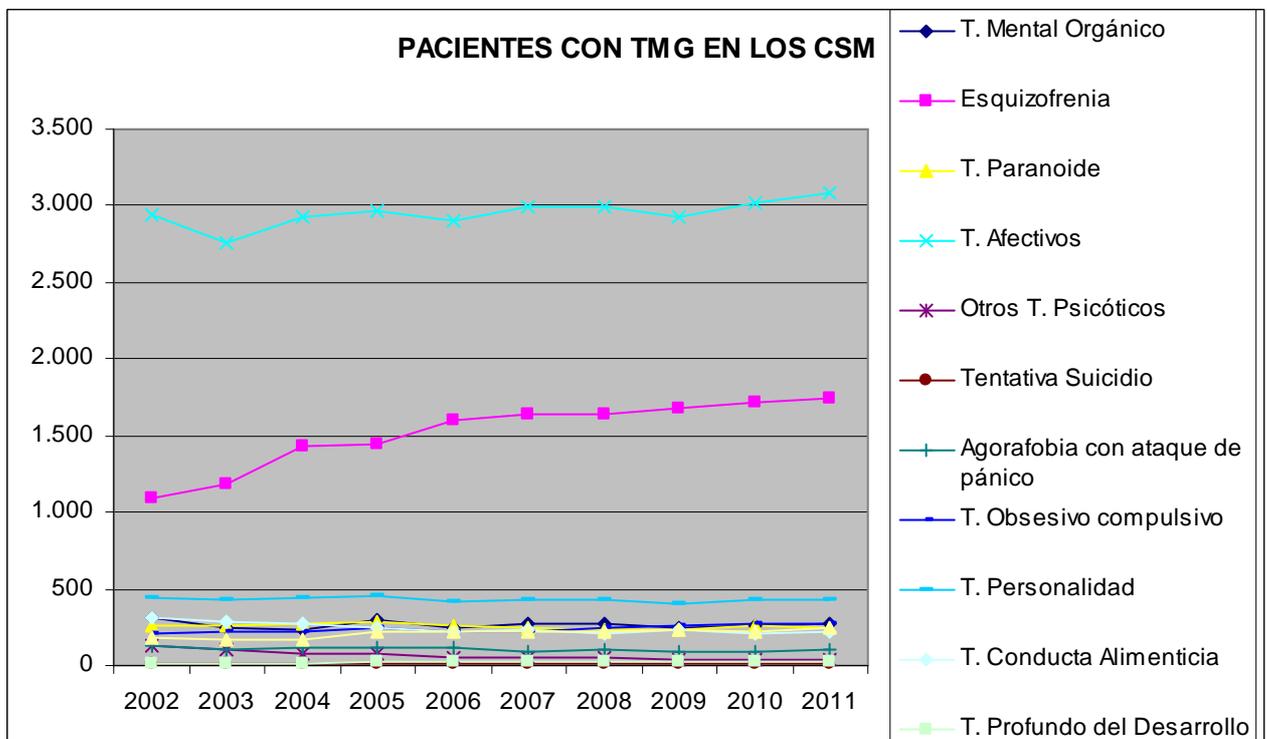
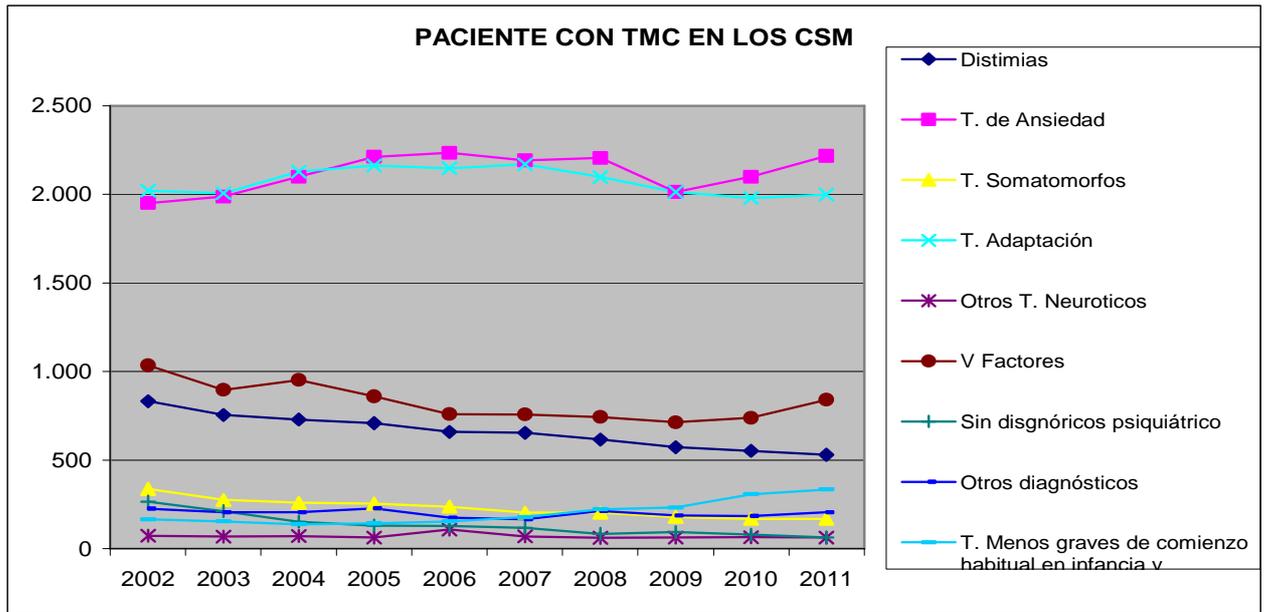
A lo largo del tiempo ha ido disminuyendo el número de trastornos mentales comunes que se atienden en Salud Mental y va incrementándose el número de consultas de trastorno mental grave.



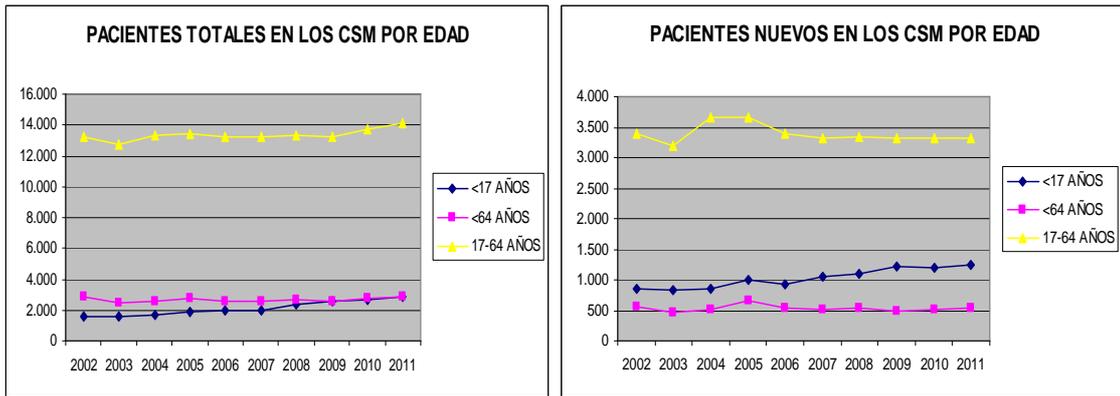
No hay grandes **diferencias por sexo** en la población atendida en los CSM (53 % mujeres y 47 % hombres) y además, ésta se va acortando. Las diferencias se presentan por categorías diagnósticas, predominando claramente los trastornos afectivos y ansiosos en las mujeres y los relacionados con las conductas adictivas en los hombres.



En cuanto a las patologías atendidas se observa que los trastornos afectivos son los más frecuentes en el caso de TMG y los trastornos de ansiedad y adaptación los más frecuentes en TMC:

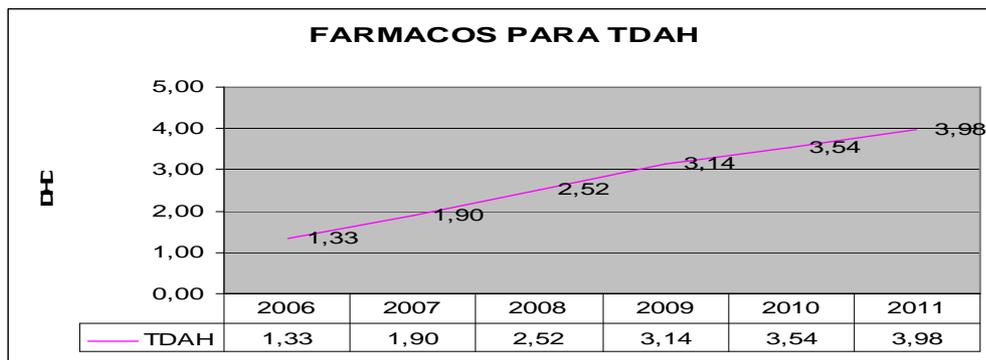
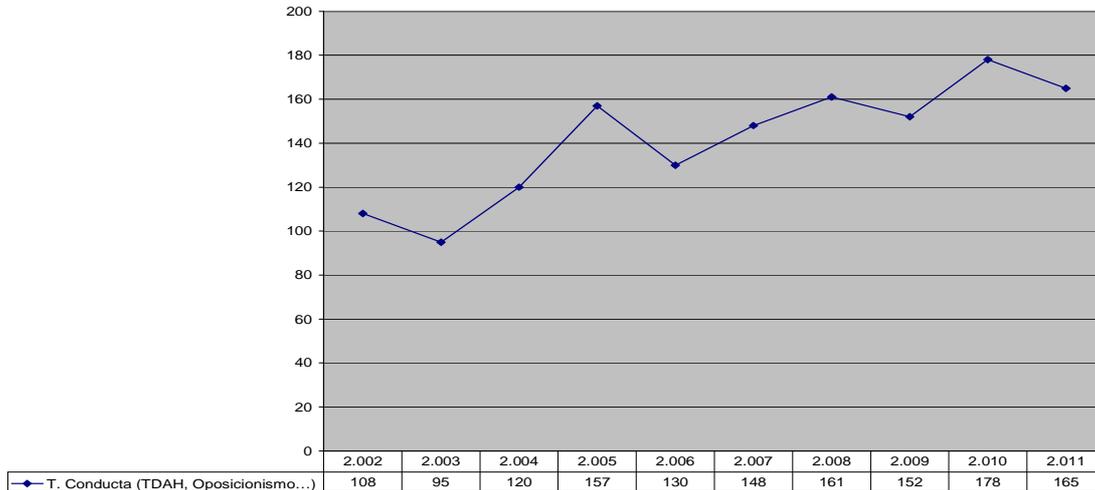


En relación a la edad se observa un aumento del número de pacientes nuevos de menos de 17 años que son atendidos en los Centros de Salud Mental.

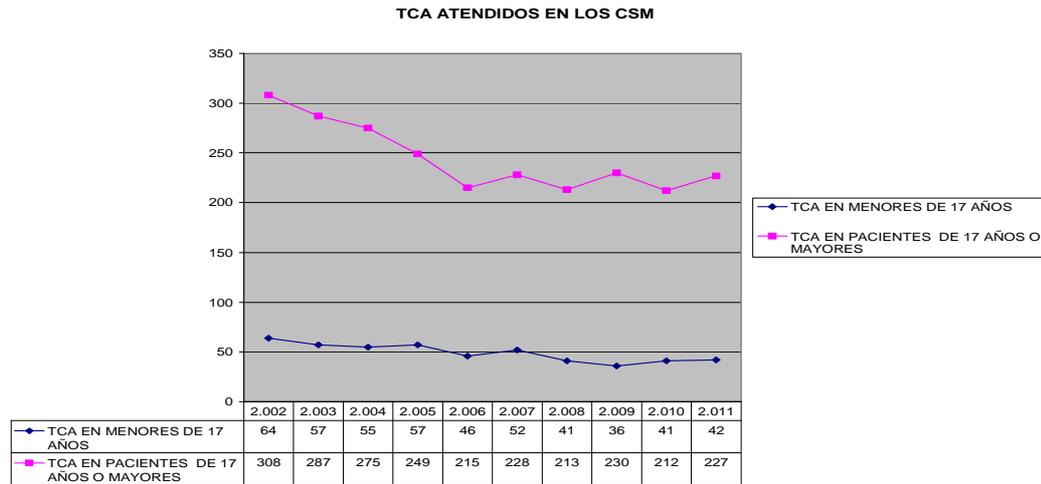


En los menores de 17 años, la atención por **Trastornos de Conducta** presenta un incremento progresivo, parejo al incremento de consumo de fármacos para TDAH, que se ha multiplicado por 3 en los últimos 5 años.

Pacientes nuevos atendidos en los CSM < 16 con con T. Conducta (TDAH, Oposicionismo...)



El número de pacientes menores de 17 años atendidos con **Trastornos de Conducta Alimentaria** se mantiene bastante estable, de 2002 a 2006 disminuyó el número de pacientes mayores de 17 años, manteniéndose desde entonces también estable.



Los datos de actividad de los Hospitales de Día de Salud Mental en 2011 son los siguientes:

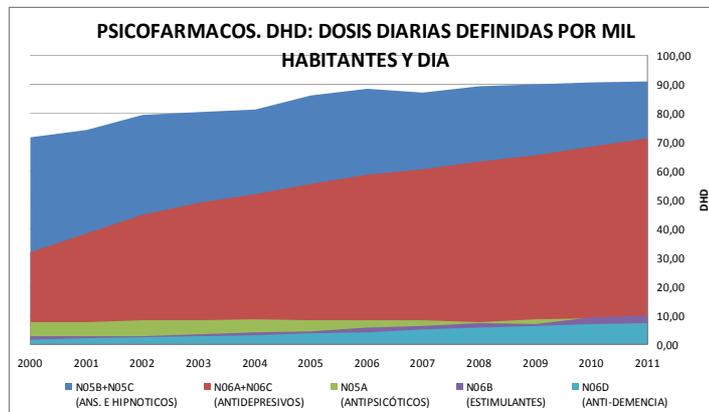
H. DÍA	Estancias	Ingresos	Estancia Media	Índice de ocupación
Hospital de Día I	7,449	143	47	102
Hospital de Día II	5,079	80	61	70
Servicio de Día de Tudela	2,892	74	38	70
Hospital de Día Zuría	6,521	65	116	119
Hospital Infanto-Juvenil	2,357	25	94	65
UTCA	2,097	29	64	58

Y los de la clínica de Rehabilitación de Salud Mental en el mismo año:

CLÍNICA DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL	Camas	Ingresos	Altas	Índice de ocupación	Estancias
Hospitalización total	16	21	23	86.83	3338
Hospitalización parcial		34	30	55	4505

Los ingresos en las 59 camas hospitalarias de agudos para adultos fueron, en 2011 de 979, con un total de estancias de 18.858 y en las de niños fueron 34 altas con 811 estancias.

Los psicofármacos consumidos en Navarra fueron los siguientes:



Marco normativo

Existe un importante marco normativo internacional, estatal y autonómico que regula las políticas estratégicas en materia de salud mental referentes a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la asistencia a las personas con trastorno mental.

- A nivel internacional, la OMS fija Planes, Políticas y Programas para la Salud Mental y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental define una estrategia para la salud mental en Europa.
- A nivel estatal, la Estrategia en Salud Mental del SNS (2007) y su reciente actualización (2011) constituyen el marco de referencia para el desarrollo de los planes autonómicos en materia de salud mental.
- En Navarra, la Ley Foral 21/2010 de Salud Mental recoge los principios fundamentales de normativas nacionales e internacionales y orientan el desarrollo del presente Plan.

Promoción y Prevención

- Dada la importante prevalencia de los trastornos mentales en la población es necesario desarrollar programas de promoción y prevención.
- La RSMNa tiene una orientación casi exclusivamente asistencial, sin apenas actividades de promoción de la SM y de prevención de los trastornos mentales.
- Existe una carencia de políticas activas contra el estigma y la discriminación social de las personas con trastorno mental.

Atención a los trastornos mentales

- Las características sociodemográficas de la Comunidad Foral son una fortaleza para el desarrollo de servicios de calidad para la atención a personas con trastorno mental.
- Navarra dispone de un mapa de servicios extenso y diversificado, tanto en la red sanitaria como en la social.
- La sectorización de diferentes servicios de la RSMNa es adecuada a la masa crítica de los sectores.

- Existe la carencia de una clara definición de la cartera de servicios en el área sanitaria.
- En los últimos 10 años, el crecimiento de los recursos facultativos en los Centros de Salud Mental ha sido proporcionalmente mayor que el crecimiento de la población y el número de personas atendidas en los CSM.
- Desde el primer Plan de SM ha habido un crecimiento en los recursos humanos muy desigual entre los diferentes centros de la RSMNa: mientras que en los CSM se han duplicado, en los Hospitales de Día no se han modificado.
- Existen diferencias significativas en la actividad entre los servicios generalistas de la RSMNa en todos sus niveles: Centros de Salud Mental, Hospitales de Día y Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales.
- Existe una carencia de programas asistenciales estructurados transversales y de desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica, y como consecuencia de ello, una excesiva variabilidad en la práctica clínica.
- Servicios con retraso en la accesibilidad.
- Excesiva medicalización de la práctica clínica con un déficit de oferta de procedimientos psicoterapéuticos.
- Mientras que en los últimos años se han incrementado sustancialmente los recursos en algunos servicios, esto no se ha traducido en cambios cualitativos tanto en el nivel de actividad como de calidad percibida de dichos servicios.
- Escasos recursos ocupacionales y asistenciales de media y larga estancia.

Coordinación de la RSMNa e intersectorial

- Existe un buen nivel de integración de la RSMNa con AP, AE y los servicios sociales.
- La coordinación e integración entre los diferentes servicios de la RSMNa es escasa, así como su alineación con objetivos comunes, existiendo un marcado riesgo de fragmentación de la red.
- La coordinación con AP es marcadamente mejorable en lo que respecta a la atención a las personas con trastorno mental común, en la que tanto SM como AP son co-responsables.
- Exceptuando el programa de trastorno mental grave, hay una escasa coordinación interinstitucional para la atención integral a las personas con trastorno mental.
- Procedimientos de coordinación intersectorial escasamente desarrollados.

Participación y desarrollo de profesionales

- La RSMNa está formada por equipos multidisciplinares en cada uno de sus servicios y existe una clara conciencia de pertenencia de profesionales a la organización.
- Existen programas de formación continuada, formación pregrado y postgrado propios de la RSMNa y sinergias con el Plan Docente del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
- Ausencia de una planificación de la formación continuada orientada a las necesidades asistenciales de la RSMNa.
- Formación Continuada de profesionales de psiquiatría no orientada a su formación integral y alejada de las necesidades asistenciales reales de las personas con trastorno mental.

- Ausencia de una Unidad Docente Multiprofesional para especialistas en formación.
- Escasa iniciativa y satisfacción profesional.
- La cohesión, el trabajo en equipo y el liderazgo de diferentes servicios es un área de mejora.
- Escasa participación de usuarios y profesionales en procesos de mejora de la RSMNa, así como ausencia de procedimientos reglamentados para ello.
- Usuarios generalmente insatisfechos y con altas expectativas.

Gestión del conocimiento e investigación

- En la RSMNa de debe mejorar la cultura de evaluación de la actividad, de procedimientos terapéuticos, de profesionales y de servicios.
- En la mayoría de los servicios de la RSMNa no existen actividades regladas de gestión del conocimiento, tales como sesiones clínicas o bibliográficas.
- Existe un marcado déficit en la oferta de psicoterapias regladas, evaluables y basadas en la evidencia.
- Los sistemas de Información están centrados en lo cuantitativo, fragmentados por niveles asistenciales, y no permiten realizar un seguimiento de los procesos asistenciales, ni obtener conclusiones sobre la calidad de los mismos.
- En la RSMNa se realiza investigación de alto impacto pero muy poco diversificada en cuanto a áreas de investigación y equipos investigadores.

Organización y gestión

- Escasa cultura de calidad, gestión clínica y por procesos asistenciales.
- Escasa relación funcional y coordinación entre los diferentes servicios de la RSMNa.
- Los servicios generalistas ofrecen servicios a menudo duplicados y con escasa especialización profesional.
- Los servicios especializados de la RSMNa no se han integrado suficientemente con el resto de la red, no han alcanzado el nivel de eficiencia deseable ni el liderazgo propio que les corresponde por su nivel de especialización dentro de la RSMNa.
- La financiación de la Salud Mental dentro del SNS-O (3.7%) no es proporcional a la carga personal y social que suponen los trastornos mentales y está lejos del 6-7% de los países de nuestro entorno y lo recomendado por organismos internacionales.

3.5.2.7. ACTUACIONES SOBRE PROBLEMAS DE SALUD EN EDAD INFANTIL Y ADOLESCENCIA INTERVENCIONES PREVENTIVAS GENERALES

Se conocen una serie de factores determinantes de la salud que interaccionan con el estado de salud en las primeras etapas de la vida, sobre ellos se debe intervenir para prevenir la aparición de problemas de salud. Se identifican los siguientes factores determinantes y acciones positivas en las diferentes etapas:

1. Fase preconcepcional:
 - Abandono del tabaco y del alcohol (tanto el padre como la madre).
 - Control de enfermedades crónicas, corrección de alteraciones odontológicas, etc. que puedan requerir tratamientos con fármacos.

- Actualización del calendario vacunal.
 - Peso adecuado.
 - Toma de ácido fólico para la prevención de malformaciones del tubo neural.
2. Embarazo:
- Toma de ácido fólico.
 - Abandono del tabaco y del Alcohol. Evitar el tabaquismo pasivo.
 - Controles de salud.
 - Evitar radiaciones ionizantes, contacto con tóxicos, pesticidas, metil-mercurio, plomo, pegamentos, etc.
3. Parto, puerperio:
- Organización del parto, adaptación de los recursos a las necesidades del niño y su madre y familia. Se incorporan las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal respecto a la administración de enemas, realización sistemática de episiotomía, facilitación del contacto piel con piel al nacimiento.
 - Mejora de la coordinación Hospital – A. Primaria para la continuidad de cuidados tras el alta del Recién nacido.
4. Etapa lactante y preescolar:
- Fomento de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida.
 - Promoción de un hogar y entorno libre de humo.
 - Promoción del vínculo afectivo seguro.
 - Cobertura vacunal adecuada.
 - Cribado de ambliopía.
 - Detección precoz de factores de riesgo, alteraciones congénitas y del desarrollo psicomotor o de conducta. M-Chat en grupos de riesgo.
 - Prevención de accidentes.
 - Control del riesgo psicosocial para lograr un entorno familiar y social adecuado.
5. Etapa escolar y adolescente:
- Supervisión y detección precoz de alteraciones desarrollo pondo-estatural.
 - Prevención accidentes.
 - Promoción estilos de vida saludable.
 - Control del riesgo psicosocial para lograr un entorno familiar, escolar y social adecuado, a través de la disminución del riesgo.

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Las consultas de diagnóstico prenatal se llevaban a cabo en el Servicio de Genética del HVC, remitiendo a las gestantes a otras comunidades autónomas para la extracción del líquido amniótico (amniocentesis) y su posterior análisis genético (cariotipo fetal). En 1995 se establecieron las bases e infraestructura necesarias para el desarrollo de un proyecto específico y centralizado de Diagnóstico Prenatal de cromosopatías a nivel autonómico. Incluía el cribado bioquímico en suero materno (segundo trimestre) para el síndrome de Down (SD) mediante la determinación de los niveles de alfa-feto proteína y beta-HCG en suero materno durante las semanas 15-16 de gestación y la estimación de riesgo combinado con el correspondiente a la edad materna. La cifra de corte de riesgo se estableció en 1:270.

En el año 2006, el test de cribado incorporó la medición ecográfica de la translucencia nucal fetal durante la semana 10-13 de gestación como factor adicional de estimación de riesgo, incluyéndose, además, la valoración del efecto de otros factores modificadores como la diabetes, tipo de gestación, peso y la etnia.

Con el fin de compartir e integrar toda esta información, se diseñó una ficha específica de cribado de cromosomopatías, incluida en la historia clínica informatizada de cada gestante. En ella se recoge la información ecográfica, bioquímica, genética y pediátrica de cada gestación. Esta ficha permite, además, programar automáticamente la fecha de realización del cribado o amniocentesis, estimar el riesgo para síndrome de Down y otras cromosomopatías, especificar las indicaciones pertinentes en cada caso, y recoger los resultados de la amniocentesis y del final de la gestación.

En Mayo de 2012 se puso en marcha un nuevo test de cribado (test integrado), que incluye un nuevo marcador bioquímico de primer trimestre (PAPPA) con el fin de mejorar la sensibilidad y especificidad del cribado y disminuir el riesgo para el embarazo por la indicación de amniocentesis.

Las prestaciones actuales de diagnóstico prenatal de patología de origen genético son:

- Biopsia de vellosidades coriales (11-13 semanas)
- Amniocentesis precoz (11-14 semanas): Cariotipo fetal
- Amniocentesis ordinaria (15-18 semanas):
 - o Cariotipo fetal
 - o Estudio molecular (ADN fetal)
 - o Estudio alfa-feto-proteína y acetilcolinesterasa

Desarrollo y actividad

El número de estudios de cribado bioquímico de cromosomopatías mantiene una tendencia ascendente desde su inicio, debido tanto al aumento de gestaciones a lo largo del tiempo como a un mejor conocimiento y mayor aceptación del mismo por la población. La cobertura del test de cribado de cromosomopatías ha experimentado un incremento llamativo y continuado hasta la actualidad. El porcentaje de tests de cribado y amniocentesis en relación al número total de partos fue de un 20% y un 5% respectivamente en 1995, y de un 60% y 12% en 2011. La sensibilidad del cribado para SD durante el periodo del estudio fue de un 70% con un 5% de falsos positivos.

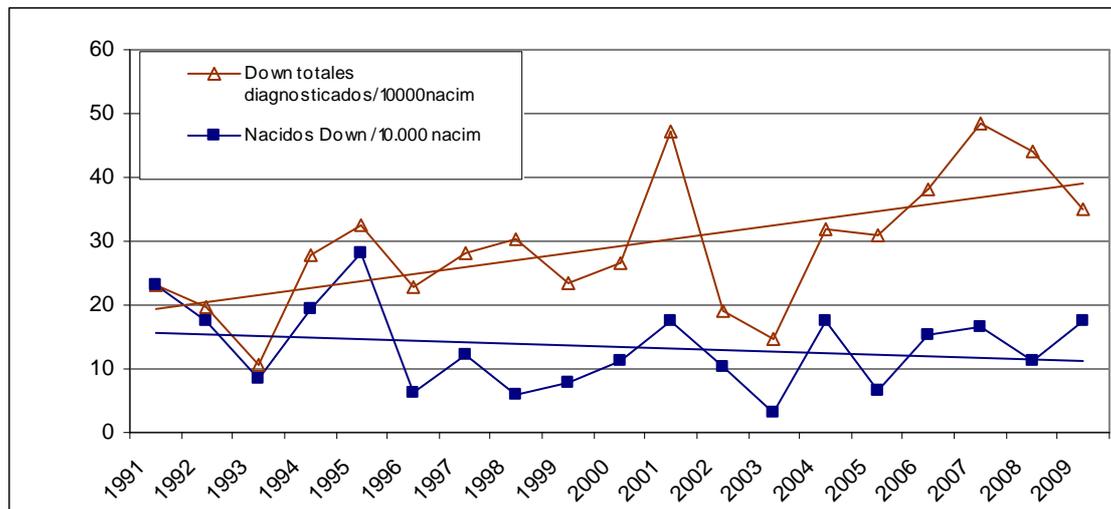
La tasa de detección de anomalías cromosómicas en líquido amniótico ha sido de un 4,4% desde el año 1995 hasta la actualidad. Un 50% de ellas fueron trisomías 21 y un 25% adicional correspondieron a otras aneuploidías. Más de la mitad de estas gestaciones se interrumpieron voluntariamente y un 44% fueron recién nacidos vivos. La indicación mayoritaria de amniocentesis a lo largo de todo el periodo fue la edad materna (74% de las pruebas invasivas) seguida del resultado positivo del test de cribado bioquímico (17%); un 5% se realizaron tras detectarse un defecto fetal mayor por ecografía.

Desde 1991 a 2009 se diagnosticaron un total de 317 casos con SD, un 55% de ellos durante el periodo antenatal. La tasa de detección prenatal del SD muestra una tendencia ascendente estadísticamente significativa a lo largo del periodo de estudio, pasando de un 13,2% sobre el total de casos entre 1991-1994 a un 64,3% entre 2006 y 2009. Sin embargo, el número de procedimientos invasivos por caso de SD diagnosticado prenatalmente no varió significativamente a lo largo del periodo de estudio, estimándose en 50:1.

La siguiente figura representa el número total de casos con SD por 10.000 nacimientos diagnosticados y nacidos entre 1991 y 2009. A pesar del incremento esperado en la

incidencia de SD por aumento de la edad materna la tendencia en Navarra a lo largo del periodo de estudio muestra un discreto, pero significativo, descenso, con una incidencia de un 15,17 por 10.000 recién nacidos en el último periodo del estudio.

Figura 8. Casos de S. de Down diagnosticados y nacidos. Serie temporal. Navarra 1991-2009



PREMATURIDAD Y RIESGO PERINATAL

En todos los embarazos, los servicios de Obstetricia y Ginecología abordan la prevención de la prematuridad y del riesgo perinatal de la siguiente manera

- Consulta específica de Obstetricia de Alto riesgo que controla y trata aquellas gestantes que presentan patología que puede hacer necesario la finalización del embarazo antes de la semana 37. El control es estricto, frecuente, con el empleo de técnicas de control como la Ecografía Doppler que hace que las inducciones de partos en gestaciones pretérmino sean sólo las estrictamente necesarias.
- Valoración del riesgo: En mujeres con antecedente de parto pretérmino en gestaciones anteriores de causa desconocida se evalúa la longitud cervical mediante la realización de ecografía vaginal en semana 20 de gestación para hacer una estimación de riesgo y por tanto tratar de prevenir que vuelva a producirse la prematuridad.
- Técnicas específicas: En casos seleccionados de incompetencia cervical se realiza cerclaje uterino profiláctico (en semanas 12-14) o terapéutico, cuando se detecta, además se está comenzando a utilizar el pesario cervical en mujeres con acortamiento cervical (pendiente de comparar resultados con cerclaje).
- Tratamiento: En mujeres que presentan rotura prematura de membranas, se realiza tratamiento conservador, maduración pulmonar fetal y seguimiento estricto de indicadores de infección que obliguen a finalizar la gestación.

En los casos en que no es posible diferir el nacimiento, o bien porque el riesgo para el feto es mayor intraútero que fuera de él o bien por no poder frenar el parto prematuro se mantiene estrecha colaboración con la Unidad de Neonatología para optimizar la atención al neonato.

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA, DE METABOLOPATÍAS Y OTRAS ACTIVIDADES DE CRIBADO CON REPERCUSIÓN INFANTIL

Cribados en mujeres embarazadas.

Los cribados que se hacen en las mujeres embarazadas son los siguientes:

- Enfermedad hemolítica Rh
- Transmisión de:
 - Hepatitis B
 - Hepatitis C
 - VIH
 - Streptococo agalactie
 - Sífilis
 - Toxoplasma
- Enfermedad de Chagas a población femenina de riesgo
- Cromosomopatías y Síndrome de Down

Hipoacusia neonatal

El Programa de detección precoz de hipoacusia PDPHNN se inició en 1999 (OF 170/1998 de 16 de noviembre, del Consejero de Salud) en el Hospital Virgen del Camino completándose su implantación en el resto de hospitales en el año 2000. Tiene como objetivo detectar todas las hipoacusias congénitas para el tercer mes de vida, a fin de realizar una intervención terapéutica precoz, facilitando el desarrollo normal del niño.

El PDPHNN se desarrolla según las siguientes bases:

- *Población objetivo*: todos los recién nacidos (rn) residentes en Navarra.
- *Test de cribado*: otoemisiones acústicas (OEA) en tres fases (al nacimiento, al mes y a los tres meses de vida).
- *Confirmación diagnóstica* mediante potenciales evocados auditivos (PEA).

Todas las OEA se realizan en los hospitales con maternidad, tanto de la red pública como privados-concertados. Los PEA diagnósticos son llevados a cabo en el Hospital B del Complejo Hospitalario de Navarra, por el propio otorrinolaringólogo del Programa. Todos los niños con diagnóstico de hipoacusia bilateral son remitidos al Centro de Atención Temprana de la Agencia Navarra para la Dependencia (CATAND) donde se procede a su estimulación auditiva. En aquellos casos en que existe indicación, se procede a la adaptación de prótesis auditivas, así como a la realización de implantes cocleares.

Actividad y resultados 2011

Durante el año 2011, último analizado, se han realizado 7.079 OEA y 57 PEA en niños nacidos en el año. 16 niños han sido enviados para estimulación precoz auditiva al CATAND. En el año 2011 se han adaptado 22 audioprótesis y se han realizado 4 implantes cocleares a niños del Programa.

La participación en la 1ª OEA en los nacidos en 2011 fue de 99,86% (99,27% y 100% en 2ª y 3ª OEA, respectivamente). Esta 1ª OEA ha permitido descartar hipoacusia en el 95,88% de los recién nacidos. Al 4,12% ha sido necesario repetir una 2ª y, al 24% de éstas, una 3ª OEA. El 71% de las 3ª OEA resultaron patológicas.

En total se detectaron 29 hipoacusias de todo tipo durante el año 2011 (7% leves, 48% moderadas y 45% severas-profundas). Según su lateralidad el 52% de las hipoacusias fueron unilaterales, y el 48% restante, bilaterales.

La *tasa de detección* total de hipoacusia en 2011 fue 4,3/1000 recién nacidos.

Tabla 6. Hipoacusias detectadas. Evolución. Navarra 2002-2011

	1ª OEA	2ª OEA	3ª OEA	PEA	Hipoacusias detectadas	Tasa detección total (por 1000 rn)
2002	5584	602	194	115	27	5,73
2003	5902	827	258	132	34	5,76
2004	5936	341	62	48	27	4,55
2005	5819	295	89	54	33	5,67
2006	6183	374	93	61	30	4,85
2007	6214	482	149	89	31	4,98
2008	6595	414	89	57	25	3,79
2009	6447	401	71	51	26	4,2
2010	6520	414	72	40	20	3,06
2011	6738	275	66	57	29	4,3

El PDPHNN se encuentra totalmente consolidado en Navarra. Tanto los resultados de proceso como las tasas de detección de todos los tipos de hipoacusia son consistentes con los hallados tanto en la literatura como en otros programas de cribado.

Luxación congénita de cadera

Se realiza a todas las niñas y niños nacidos por parto de nalgas.

La responsabilidad es de las Unidades de Radiología infantil y Traumatología infantil. Hay una escasa coordinación con el Servicio de pediatría.

Metabolopatías congénitas

En la actualidad, en todos los recién nacidos se hace el cribado de Hipotiroidismo neonatal y de Fenilcetonuria. Existe buena coordinación con las unidades pediátricas de Endocrinología y Gastroenterología para el tratamiento precoz de estas dos enfermedades.

Durante 2008, 2009 y 2010 se detectaron, 6, 6 y 9 casos de hipotiroidismo congénito respectivamente y uno de fenilcetonuria.

Está previsto incorporar en 2014 Navarra los siguientes cribados neonatales sobre cuya eficacia existe evidencia y que recientemente han sido incorporados a la Cartera básica de Servicios del SNS: fibrosis quística, deficiencia de acil coenzima A deshidrogenasa de cadena larga, deficiencia de 3-hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga, anemia aglutárica tipo I y anemia falciforme.

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL NIÑO SANO

Este programa se desarrolla en Atención Primaria por parte del personal de pediatría de los centros de salud. Los servicios que incluye se presentan en la tabla 7.

Tabla 7. Cartera de Servicios del programa de Atención al niño sano. Año 2012

	Qué se mide	Tasa por 100
Diabetes pediátrica	Prevalencia	0,12
TDH	Prevalencia	4,19
	Incidencia	0,80
Asma, bronquitis asmática y enfermedad pulmonar reactiva	Prevalencia	12,9
	Incidencia	2,5
Examen de salud 0-2 años	1 medición en el último año de signos de alarma psicosocial y además: consejo dieta o higiene o prevención accidentes o lactancia materna	100
Examen de salud 3-8 años	1 medición en el último año de signos de alarma psicosocial y psicomotriz y además: consejo dieta o higiene bucodental o prevención accidentes	60,0
Examen de salud 9-14 años	1 medición en el último año de signos de alarma psicosocial y psicomotriz y además: consejo dieta o higiene bucodental o prevención accidentes	77,3

Fuente: Atenea

PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO

La detección de los trastornos del desarrollo se produce en el sistema sanitario, educativo, social y familiar.

El programa de atención temprana es un conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a tres años, a la familia y al entorno que tiene como objetivo dar respuesta, lo antes posible, a las necesidades transitorias o permanentes que presenta la población infantil con trastornos de desarrollo o riesgo de padecerlo.

Es un programa coordinado por Política Social, con las siguientes características:

- Incluye valoración, seguimiento e intervención en las diferentes áreas de desarrollo.
- Enfoque biopsicosocial: atiende al niño o niña, familia, tutores, personas cuidadoras y entorno.
- Intervienen Salud, Política Social y Educación.
- Sigue los principios de universalidad, gratuidad y descentralización.

Objetivos

- Disminuir la aparición de factores de riesgo, tanto de carácter congénito como adquirido que puedan afectar al normal desarrollo del menor.
- Garantizar la detección precoz de los menores de 0-3 años en situación de dependencia o en riesgo de padecerla.
- Potenciar la capacidad de desarrollo y bienestar de los menores de 3 años en situación de dependencia o en riesgo de padecerla posibilitando su integración en el medio familiar, escolar y social así como su autonomía personal.

Requisitos para el buen funcionamiento del programa

- Unidades multidisciplinares para atender las diversas necesidades.
- Continuidad entre Departamentos y en el tiempo.
- Definición de la cartera de servicios de los centros sanitarios y de atención temprana.
- Establecimiento de indicadores que permitan la evaluación de los programas, incluyendo la satisfacción de las familias.
- Dotación presupuestaria.

Dificultades

- Dificultad de coordinación de los Departamentos implicados. Falta de homogeneidad incluso en la consideración de “edad infantil”:
 - o El período de 3 a 6 años es coordinado por Educación. La atención a la infancia en Educación llega hasta 4º de la ESO (15-16 años).
 - o En Salud la atención a la infancia abarca hasta los 14 años, excepto en Salud Mental que llega hasta los 16.
 - o En Política Social la atención a la infancia abarca hasta los 18 años.
- Continuidad de la atención en el sistema educativo para dar una respuesta educativa ajustada a las necesidades del niño o la niña.
- Dificultades de accesibilidad según lugar de residencia.
- Dotación de recursos en base a las necesidades.

II PLAN FORAL DE DROGODEPENDENCIAS

En agosto de 2012, el Gobierno de Navarra aprobó el II Plan de Drogodependencias. El Plan contempla dos líneas de trabajo prioritarias dirigidas a menores, la intervención sobre el consumo de alcohol y la intervención sobre el consumo de cannabis.

Líneas de acción respecto al consumo de alcohol:

- Prevención ambiental (mayor papel de las administraciones locales). Limitar la accesibilidad al alcohol (y a otras sustancias) mediante el cumplimiento de las normativas relacionadas con la venta y distribución y otras medidas educativas dirigidas a profesionales de hostelería y comercio así como a las familias.
- Prevención Comunitaria. Programas e intervenciones con el objetivo de retrasar los inicios de consumo y reducir consumos intensivos y/o borracheras, así como problemas asociados (accidentes de tráfico, violencia, relaciones sexuales no consentidas, etc.). Necesaria la participación de todos los servicios y profesionales comunitarios (Programas Municipales de Drogodependencias, Atención Primaria de Salud, Servicios Sociales de Base, Centros Educativos, Organizaciones no Gubernamentales, etc.).

Líneas de acción respecto al consumo de cannabis:

- Clarificar los discursos sociales sobre los efectos del consumo del cannabis. Hoy contamos con suficiente evidencia científica sobre los efectos a corto y largo plazo del cannabis.
- Relación del consumo con el logro de los objetivos educativos y de las competencias que son relevantes para la vida adulta.
- Efecto del consumo sobre la conducción.

En el marco de los acuerdos Departamento de salud/ Departamento de Educación y en sus Comisiones técnica y autonómica se desarrolla un programa de prevención al inicio al **Consumo de tabaco**. La prevención al inicio del consumo de tabaco en los Centros escolares incluye diversas actividades con los distintos grupos de la Comunidad educativa: alumnado, profesorado y padres y madres.

ACTUACIONES EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las actuaciones en materia de salud sexual y reproductiva son llevadas a cabo básicamente, por los Centros de Atención a la Mujer (CAM) de Navarra. El Decreto Foral 259/1997 por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en Tocoginecología y en Planificación Familiar, dictamina que la planificación familiar y la educación sexual son funciones que deben ser desarrolladas por los CAM.

Los CAM de Chantrea e Iturrama asumieron los programas específicos de educación sexual (planificación familiar, programa joven, programa de atención sanitaria a mujeres que trabajan en prostitución, vasectomías y consulta de psicosexología) y actúan como unidad de referencia y apoyo técnico para los demás.

La OMS considera que en nuestro medio es insuficiente la educación sexual objetiva y sin prejuicios. Identifica una carencia de servicios sanitarios pensados para jóvenes que puede provocar vivencias poco saludables de la sexualidad, un aumento de embarazos no deseados e ITS incluida la infección por VIH.

Siguiendo las directrices de OMS, para alcanzar estos objetivos en Navarra sería preciso ampliar el acceso a la educación sexual tanto desde el ámbito formativo (desarrollando la LO 2/2010 de salud sexual), como facilitando el acceso a servicios sanitarios con horarios específicos y confidencialidad para jóvenes.

Como entornos adecuados la OMS propone potenciar las escuelas saludables, que en Navarra cuentan ya con una red de 27 centros.

La OMS propone para nuestro entorno reducir para 2020 al menos una tercera parte de embarazos adolescentes.

PROMOCIÓN DE SALUD EN EDAD INFANTIL. ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD (SHE)

Existen acuerdos entre el Departamento de Salud y el de Educación para el desarrollo de la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud. La Sección de Promoción de Salud del ISPYL trabaja en el marco de estos acuerdos, participando en las estructuras de coordinación y colaboración entre ambos Departamentos y desarrollando cada año múltiples actividades de promoción de salud: elaboración de materiales educativos, formación del profesorado, apoyos a los centros de salud y otros servicios que trabajan con centros escolares, convocatoria de integración en red SHE, etc.

Esta red de escuelas constituye un variado núcleo de centros que acumulan un conjunto de buenas prácticas en un amplio abanico de temas: la alimentación y el consumo, aprender a convivir, educación para prevenir problemas con las drogas, entorno saludable, salud y desarrollo personal, en busca de un estilo de vida sano.

Son centros que se esfuerzan en mejorar la salud del alumnado, profesorado y personal del centro y ponen empeño en desarrollar su capacidad como lugares saludables para vivir, aprender y trabajar.

3.5.2.8. ACTUACIONES SOBRE DOLOR CRÓNICO

Hay una gran variabilidad en el manejo del dolor por parte de los profesionales de la salud, su abordaje se hace en general de una manera más reactiva que proactiva lo que unido a determinadas creencias culturales determina un manejo poco eficaz de los pacientes con dolor.

Como estructura especializada para el tratamiento del dolor en Navarra, existe la Unidad de Dolor del Servicio de Anestesiología del CHN, es único en toda la red asistencial de Navarra y atiende pacientes de toda la Comunidad Foral.

Su cartera de servicios es: Consultas externa, interconsultas hospitalarias, sala de bloqueos, sala de tratamientos y un quirófano semanal.

Tabla 1. Actividad de la Unidad de dolor

	2010	2011	2012
Nº Consultas (P/S)	2.613 (717/1.896)	2.694 (742/1952)	2771 (705/2.066)
Interconsultas hospitalarias	326	374	382
Tratamientos *	1.579	1.769	2.137
Consultas telefónicas**	631	508	708
I. Quirúrgicas	50	45	69

* Bloqueos, infiltraciones, Tratos iv, iontoforesis, Qtenza, bombas perfusión analgésicas.

** 47% por temas administrativos.

Del análisis de situación destaca la especialización y el reconocimiento del personal, la satisfacción de los usuarios medida mediante encuesta de satisfacción y el desarrollo de programas conjuntos con AP, Cuidados paliativos y Hospitalización a domicilio.

Se identifican las siguientes **Áreas de Mejora**:

- Interactividad con AP
- Reducción de la lista de espera
- Incremento de las consultas sucesivas

3.5.3. OTRAS ACTUACIONES

3.5.3.1. II PLAN FORAL DE DROGODEPENDENCIAS

En agosto de 2012, el Gobierno de Navarra aprobó el II Plan Foral de Drogodependencias para ser desarrollado en el periodo 2011 a 2016.

En el apartado 3.5.2.6. “Actuaciones sobre problemas de salud en edad infantil y adolescencia” se recogen las intervenciones que este Plan propone sobre consumo de alcohol, cannabis y tabaco en menores.

Del resto de intervenciones que este II Plan plantea se recogen las siguientes líneas de trabajo prioritarias:

- **Red de trabajo**

El Plan Foral de Drogodependencias cuenta con una red de trabajo local que permite el desarrollo de distintos programas e intervenciones y que llega al 78,4% de la población Navarra.

A través de esta red el Plan busca potenciar la capacidad de acción preventiva que tienen las estructuras y servicios normalizados y cercanos a las personas basados en la atención primaria de salud y servicios sociales, los programas municipales de drogodependencias y los centros educativos.

- **Proyecto de Prevención Selectiva e Indicada**

El Plan está desarrollando una serie de actuaciones dirigidas a personas y/o grupos que presentan una mayor vulnerabilidad tanto para el inicio del consumo de drogas como para su abuso.

Para impulsar estas actuaciones se está desarrollando formación específica de los diferentes agentes intervinientes (profesionales de los servicios de salud, sociales,

ámbito educativo, juventud, entidades sociales y familias), así como definiendo y consensuando criterios de intervención.

- **Sistemas de información y observación del fenómeno de las adicciones**
El Plan Foral de Drogodependencias necesita herramientas para la observación y evaluación de las adicciones y del propio Plan.
- **Adultos y Familias**
La red de salud mental atiende en sus distintos dispositivos a personas adultas con consumos problemáticos.
El Plan Foral de Drogodependencias ha completado esta atención en líneas de trabajo asentadas y consideradas importantes para futuro:
 - o Adicciones con sustancias
 - Apoyo a familias con algún familiar consumidor, se obrará a semejanza de lo realizado con menores, la elaboración y publicación de una Guía para Familias con adultos consumidores.
 - Formación y promoción de conductas saludables en familias con miembros sordos.
 - Prevención de recaídas, tratando de evitar los ingresos de personas con consumos problemáticos de drogas en Centro de Día o Comunidades Terapéuticas.
 - Reducción de daños en personas en situación de prostitución.
 - o Adicciones sin sustancias
 - Prevención de ludopatías.
 - Apoyo a la rehabilitación y asesoramiento de personas afectadas por la ludopatía.
 - Apoyo a familias con familiares con problemas de ludopatía.
 - Prevención de adicciones de las nuevas tecnologías.

3.5.3.2. PROGRAMA DE AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR (PAF)

Continúan activos los programas específicos contemplados en el extinto Plan Foral de Acción sobre el tabaco.

1. Programa de ayuda a dejar de fumar (PAF)

- Intervenciones educativas para ayudar a dejar de fumar. En todos los centros de salud de Navarra se siguen ofertando tres tipos de intervenciones: Consejo breve, Educación individual y Educación grupal en diversos formatos, breve e intensiva.
- Formación de profesionales de centros de salud en ayuda a dejar de fumar, en colaboración con la Sección de Evaluación y Calidad Asistencial de la Dirección de Atención Primaria.
- Campaña a población general de Promoción de hábitos saludables, incluido el tabaco y Campaña CUIDATE.

2. Programa de prevención al inicio del consumo de tabaco

Las intervenciones sobre el tabaco en menores están contempladas en el II Plan Foral de Drogodependencias. Ver apartado 3.5.2.6.

3. Programa de espacios sin humo

Información, apoyo y seguimiento de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, que amplía la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y colectivos. Elaboración y difusión de materiales.

4. Materiales y actualización de la página web

Elaboración y distribución de materiales informativos y educativos para población general, profesionales y usuarios.

5. Subvenciones

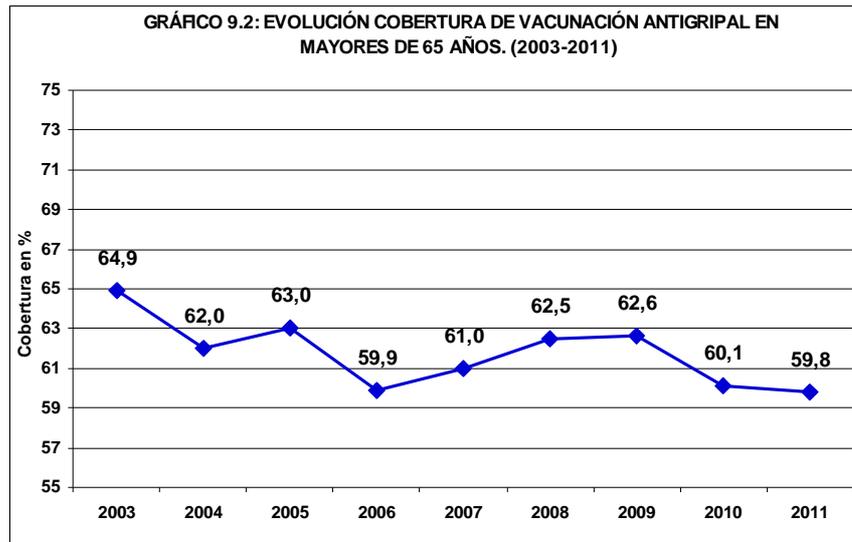
Desde 2008 en la convocatoria anual de subvenciones del Departamento de Salud, en la línea de promoción de salud, se incluyen las solicitudes para intervenciones sobre tabaco. Son proyectos de entidades locales y asociaciones, que se mantienen a lo largo de los años, que son bien valorados y se apoyan económicamente.

3.5.3.3. PROGRAMA DE SIDA

Desde el Programa se han llevado a cabo, según las directrices de los Planes multisectoriales de la Secretaría de Plan Nacional sobre Sida, acciones dirigidas a la reducción de riesgos, que se mantienen. También se han apoyado incorporaciones de nuevas prestaciones para mejorar la atención sanitaria y social a personas afectadas, y proyectos asociativos que contribuyen a los fines del programa en temas como hombres que tiene sexo con hombres, PIJ, apoyo emocional sensibilización, accesibilidad a preservativos, trabajo con jóvenes, o derechos humanos.

3.5.3.4. PROGRAMA DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN ADULTA

Los programas de vacunación en el adulto (gripe, neumococo, tétanos-difteria) han alcanzado coberturas similares a los de otros países y comunidades autónomas, pero todavía tiene márgenes amplios de mejora. La vacunación antigripal requiere mención especial porque ha de repetirse todos los años en mayores y personas de riesgo, lo que obliga a repetir el esfuerzo anualmente para mantener y mejorar las coberturas. El impacto de la gripe en defunciones y hospitalizaciones es considerable, y por tanto también el potencial de esta vacuna.



3.5.3.5. ACTUACIONES SOBRE VIOLENCIA

La violencia es una realidad multidimensional y multicausal que produce muertes y menoscaba la salud y el bienestar de muchas personas. Por ello requiere una atención integral y coordinada de la sociedad. A la Administración Sanitaria se le concede un papel preponderante en dicha atención, si bien su respuesta actual es fundamentalmente terapéutica, sin aplicar en ello todos sus instrumentos y potencial de acción que posee. Además desde Salud Pública se considera que la conducta violenta y sus consecuencias pueden prevenirse

Los servicios sanitarios en muchas ocasiones son los primeros que atienden a las personas en situación de violencia. Pero, aunque se le reconoce a la Administración Pública de Salud un papel preponderante, sigue siendo un reto, para ella y sus profesionales. Requiere profundizar en la extensión del problema con el fin de ejercer su función, tanto en las consecuencias de la violencia en la salud de las personas como en la prevención de ciertas causas y factores que la producen.

En varios de los planes y guías de intervención de Salud se presta atención a la violencia (Salud Mental, II Plan Foral de Drogodependencias...). El II Plan Foral de Drogodependencias analiza la relación violencia-consumo y plantea actuaciones que tratan de evitar las consecuencias negativas del consumo y actuaciones dirigidas a personas vulnerables desde el punto de vista del consumo-abuso de drogas, ya que sufrir cualquier tipo de violencia es un claro factor de riesgo.

Del año 1.996, data la firma del primer acuerdo de colaboración entre el Instituto Navarro de la Mujer y el Departamento de Salud. Este acuerdo renovado en 1.998 y 1.999 fue el inicio de una línea de trabajo conjunta dirigida a la atención y prevención de la violencia de género.

En 2002 se firmó el I y en 2010 el II Acuerdo Interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres. Su Comisión de seguimiento está desarrollando protocolos de actuación conjunta.

El Departamento de Salud forma parte de dicha Comisión e incluye en su programa docente actividades sobre violencia de género para la mejora de prevención, detección precoz y su abordaje. Realiza talleres de formación sobre violencia de género para

profesionales sanitarios. La detección de los casos de violencia se realiza fundamentalmente en Atención Primaria, permite obtener alguno de los indicadores de vigilancia epidemiológica sobre violencia de género, acordados en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se impulsó la elaboración de la Estrategia Salud y Género en la que el Departamento de Salud Navarra participa de manera activa (ver apartado de estrategias Nacionales de Salud).

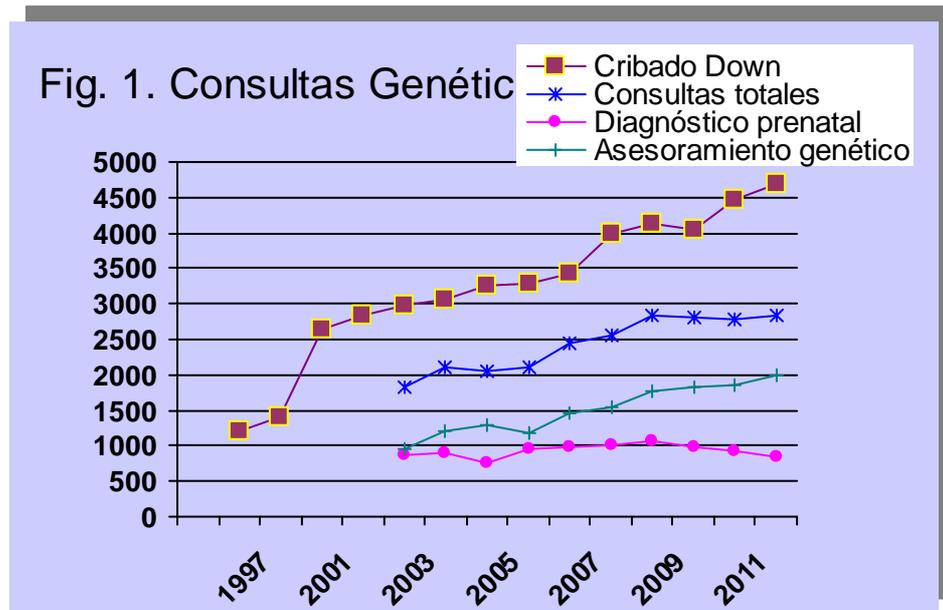
En Navarra, la coordinación institucional establecida para la violencia de género tiene una valoración positiva por las instituciones integrantes y sugieren la necesidad de extender esta forma de trabajo a los otros sectores de población con alta prevalencia de violencia y lesiones, principalmente la infancia, menores y personas mayores.

3.5.3.6. ESTUDIOS GENÉTICOS POSTNATALES

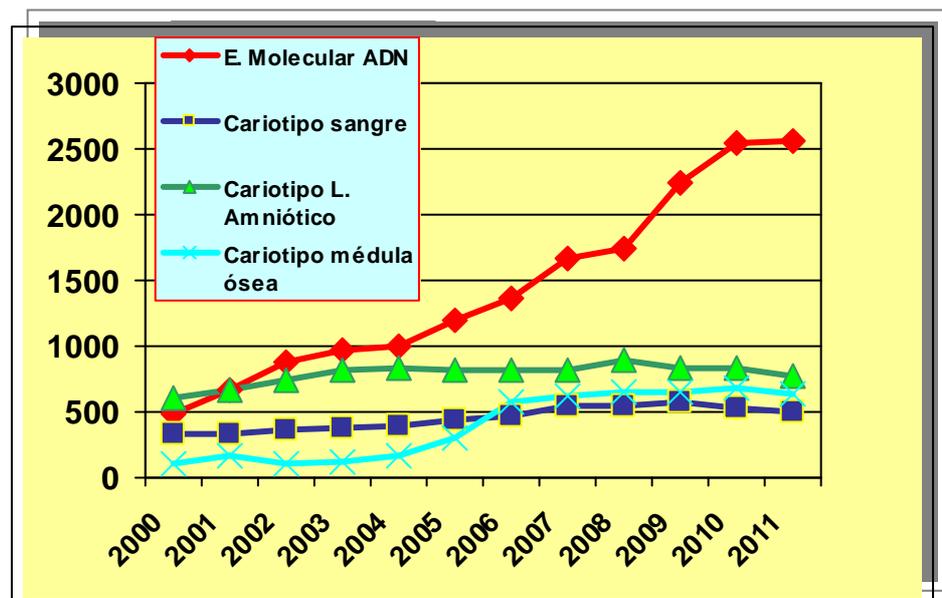
El Servicio de Genética del CHN presta estos servicios para la prevención del riesgo de salud mediante el diagnóstico y el asesoramiento genético de desórdenes de base genético-hereditarios. Los estudios genéticos que se realizan son consultas de asesoramiento genético, encaminadas al diagnóstico y prevención del riesgo de salud desde el punto de vista genético-familiar se clasifican en:

- **Diagnóstico:** Estudios genéticos que sirven para diagnosticar enfermedades o condiciones médicas en una persona con signos y síntomas de enfermedad/es.
- **Estudio presintomático:** Pruebas para predecir si una persona asintomática tiene una probabilidad alta de desarrollar una determinada enfermedad, generalmente de comienzo tardío, por ej. tests de *BRCA* para cáncer de mama o estudios moleculares para algunos genes en enfermedades autosómicas dominantes (AD) de aparición tardía (Huntington, Steinert, etc.).
- **Estudio de portadores:** Pruebas para determinar si una persona es portadora de una enfermedad (por ejemplo para condiciones que se heredan de modo autosómico recesivo (AR) o ligado al cromosoma X, aunque ésta no esté afectada y consecuentemente si existe riesgo potencial de transmisión a su descendencia.
- **Farmacogenética y Farmacogenómica:** Pruebas con la intención de valorar la respuesta individual a una medicación (respuesta terapéutica o toxicidad).

Como se observa en la Fig. 1, el número de consultas de asesoramiento genético ha experimentado un incremento continuado a lo largo del tiempo.



En el área del laboratorio, el aumento más espectacular corresponde a los estudios moleculares en ADN de sangre periférica, seguido de los correspondientes al campo de la oncohematología. Los primeros tienen como objetivo el diagnóstico específico de la mutación responsable de una enfermedad hereditaria, en tanto que los segundos (oncogenética) se realizan como ayuda al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de cánceres hematológicos (leucemias, linfomas, etc). El número de casos estudiados a nivel citogenético (cariotipo en sangre) se mantiene prácticamente estacionario, si bien el número de técnicas de diagnóstico que se aplican a cada muestra ha ido igualmente en aumento. Los estudios de líquido amniótico también se mantienen estables en los últimos años, teniendo actualmente el objetivo de reducirlos de manera considerable a partir de la implantación del nuevo test de cribado bioquímico para cromosomopatías.



Características de los servicios de genética:

- Buena coordinación con otros servicios asistenciales: ginecología, neurología, pediatría.
- Establecimiento de protocolos consensuados de actuación, especialmente para el programa de diagnóstico prenatal.
- Capacidad de poder prestar los servicios de consulta y análisis genético de forma centralizada a través del Servicio de Genética.

Áreas de mejora

- Ausencia de un sistema de gestión de datos clínicos y de laboratorio desde el punto de vista familiar (en proceso).
- Dificultades en el mantenimiento del Registro de Defectos Congénitos y Enfermedades Hereditarias de Navarra.
- Aumento exponencial de la demanda de servicios de Genética en ausencia de criterios claros de prioridad y/o de definición de la cartera de servicios.
- Escaso desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico genético actualmente indispensables para el diagnóstico genético.

3.5.3.7. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD DE LA MINORÍA GITANA DE NAVARRA

Se estima que la población que integra este grupo étnico en Navarra oscila entorno a las 6.500 personas, (datos aportados por Fundación Secretariado Gitano), lo que representa el 1,1% respecto de la población total de Navarra.

El Programa en el año 2011 cubre 14 zonas básicas de salud y dispone de 11 Agentes Comunitarios de salud a tiempo parcial. La cobertura del programa es de 3.564 personas, entre 50-60% de la población gitana de Navarra.

Siguiendo las recomendados de la O.M.S. los objetivos del Programa se enmarcan dentro de una estrategia de reducción de desigualdades en salud y se parte desde un enfoque de Promoción de la salud, orientado a la disminución de riesgos asociados a sus estilos de vida y mejora de los principales factores determinantes de la salud, por un lado, y a facilitar el acceso y la adecuada utilización de los servicios sanitarios por otro.

Las agentes de salud (11 personas a tiempo parcial y con contratos discontinuos) trabajan informando, asesorando, acompañando tanto a nivel individual, como familiar y grupal. Los temas de trabajo se priorizan de acuerdo a las necesidades detectadas por las agentes del programa y por estudios específicos.

Se realizan proyectos de Educación par la salud Grupal (EPS) en las 14 zonas de salud. En algunas se trabaja conjuntamente con los profesionales de los centros de salud y en red con otros organismos de la zona.

Aunque el Programa va dirigido a toda la población gitana en la práctica, gran parte del trabajo se concreta en mujer e infancia, constatándose dificultades para llegar a los hombres adultos gitanos.

Los temas que se trabajan son los estilos de vida, alimentación, ejercicio físico, obesidad, accidentes y sexualidad; Prevención: Plan de atención dental infantil (PADI) - Higiene bucal, Prevención Mama, Programa del niño sano, vacunaciones, planificación familiar; Información y acompañamiento en el seguimiento de controles de programas de crónicos (hipertensión, diabetes, asma...); Otros determinantes de salud: educación

(seguimiento de la matriculación escolar y detección del absentismo), información y asesoramiento sobre vivienda, empleo, renta básica., dependencia y discapacidad etc. En los centros hospitalarios de Pamplona, Garcia Orcoyen de Estella y Reina Sofía de Tudela, se continúa con la mediación

Algunos **resultados** del Programa son los siguientes:

- La cobertura de población gitana con TIS alcanza casi el 100% de la población (99,8%).
- Captación y control de embarazos: el 97 % de embarazos siguen control de embarazo.
- Programa de prevención de cáncer de mama: dependiendo de las zonas, acuden al Programa entre un 53% y un 70% de las mujeres gitanas.
- Programa Niño Sano: se conoce que mayoritariamente acuden al programa hasta la edad de dos años, y que muchos no acuden a partir de esa edad.
- Calendario de Vacunación de 0 a 14 años: de los datos disponibles, alrededor del 26% de niños y niñas tendrían el calendario de vacunaciones incompleto. Los datos varían ampliamente dependiendo de las zonas.
- Asistencia al Programa PADI: los datos disponibles reflejan una alta aceptación y uso del programa, alrededor de un 87% de seguimiento del programa.
- Escolarización: de los datos del Programa se constata el absentismo y el abandono escolar. En secundaria y en algunas de las zonas alcanzaría hasta más del 80%.
- Ligado al tema crisis económica, durante este año 2012 se vuelven a detectar situaciones familiares y casos que se creían ya superadas en el Programa.

Propuestas:

- Extender la cobertura del Programa a zonas a las que actualmente no llega priorizando las más necesitadas.
- Mantener la accesibilidad cuantitativa a los recursos sociosanitarios existentes.
- Mejorar la accesibilidad cualitativa aumentando el acceso a los programas de prevención y de seguimiento de crónicos.
- Mantener los objetivos de salud logrados en relación con los indicadores de salud infantil y salud reproductiva.
- Avanzar en nuevos incorporando un enfoque de salud que abarque todo el ciclo de vida. Aumentar la intervención con hombres gitanos.
- Mejorar la coordinación intersectorial dentro del I Plan integral de atención a la población gitana de Navarra 2011-2014.

3.5.3.8. ACTUACIONES EN MATERIA DE SALUD LABORAL

Una respuesta adecuada del Sistema Sanitario a la situación actual de Salud Laboral, pasa no solo por la realización de la evaluación de riesgos y la planificación de las actividades preventivas, que ya se realizan en gran parte de las empresas, si no que debe buscarse un estándar de calidad y un seguimiento adecuados. La consolidación de las posibilidades de nuestro sistema preventivo es un hecho, pero todavía queda camino por recorrer. En este tiempo, en Navarra, se ha observado un incremento generalizado de los recursos existentes, de las actividades de información y formación así como de los procedimientos de consulta y participación. Sin embargo, debemos plantearnos si la cobertura real de las actividades preventivas es o no suficiente respecto a las necesidades de las empresas.

Si la salud laboral desea realmente abordar con éxito los retos que plantea la nueva economía debe:

- Fomentar la investigación sobre los efectos que las nuevas formas de trabajar tienen sobre la salud;
- Impulsar la evaluación y la prevención de los factores de riesgo psicosocial en la empresa desde una visión preventiva centrada en el entorno de trabajo y no en el individuo;
- Adoptar un enfoque que tenga en cuenta las diferencias y desigualdades entre varones y mujeres y
- Desarrollar sistemas de información con indicadores sensibles a la mayor complejidad del mundo laboral y al amplio abanico de trastornos de salud relacionados con el trabajo (más allá de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales), así como a las diferencias según sexo y grupo etario.

En Navarra se ve necesario la elaboración de un nuevo **plan de Salud Laboral** y una nueva **encuesta de Salud y Condiciones de trabajo**, que junto con la definitiva puesta en marcha de un **observatorio de salud laboral en Navarra** debe ayudar a monitorizar, de manera sistemática, los resultados de las políticas públicas en seguridad y salud en el trabajo. Está claro que es necesario conocer la efectividad de los planes de actuación preferente llevados a la práctica como los efectuados contra los accidentes de trabajo que la mayoría de las comunidades autónomas han puesto en marcha desde finales de los noventa.

El continuo incremento de las enfermedades profesionales, consecuencia, en parte, de los cambios en el perfil de riesgo, hace urgente reformar el actual sistema de información de enfermedades profesionales. La actualización de la lista de enfermedades profesionales es insuficiente, si no va acompañada de un cambio profundo de los criterios de reconocimiento de tales enfermedades y del seguimiento correcto de los procedimientos establecidos para su notificación sin escapes legales.

Asimismo, debería potenciarse el papel de los especialistas en medicina del trabajo y aprovechar los recursos que supone contar con una unidad formativa de esta especialidad.

Debe establecerse de manera clara la necesidad de notificar, por parte de los médicos de los diferentes servicios de salud y de los Servicios de Prevención, un listado consensuado de enfermedades relacionadas con el trabajo, principalmente mentales y musculoesqueléticas, separando claramente la notificación del reconocimiento para una posterior indemnización por la Seguridad Social. Esto ayudaría a cuantificar la magnitud del problema de manera más fiable y a identificar tendencias temporales y espaciales de dichas patologías, así como a revisar periódicamente la lista oficial de enfermedades profesionales.

3.5.3.9. ACTUACIONES SOBRE ACCIDENTES

El SNS-O en Navarra dispone de tres hospitales que admiten urgencias (Pamplona, Estella y Tudela). En Pamplona hay dos puertas de Urgencias independientes, una para pacientes pediátricos (hasta 15 años) y otra para adultos.

El Gobierno de Navarra representa a España – designada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad- en el proyecto europeo JAMIE (Joint Action on Monitoring Injuries in Europe), cofinanciado por la Comisión Europea, el programa de Salud Pública (DGSANCO). Se trata de una iniciativa suscrita en 2010 por 22 países

para disponer, en 2015, de una metodología armonizada de recogida de información sobre accidentes en los hospitales de todos los países europeos, con el fin de prevenir los accidentes y lesiones más severas y mejorar la seguridad de la ciudadanía.

Objetivo principal

Es un proyecto de colaboración que pretende crear un sistema de información homogéneo del conjunto de los países de la Unión Europea sobre accidentes y lesiones, indispensable para una eficaz política de salud pública.

Objetivos específicos

- Establecer una visión global de todos los riesgos de lesiones en la Comunidad, así como en cada Estado miembro.
- Permitir la evaluación comparativa entre los Estados Miembros.
- Apoyar la iniciación, desarrollo y mantenimiento de las políticas de prevención de lesiones y seguridad.
- Determinar los riesgos específicos relacionados con determinados grupos de edad, sexo, raza, etc..
- Generar Guías de información y promover esfuerzos educativos de sensibilización de las partes interesadas y de Europa.
- Medir el progreso en el tiempo a la vista de los resultados de si los objetivos de las políticas de prevención y acciones se están cumpliendo.

Experiencias en países como el Reino Unido, Suecia, Países Bajos y Austria demuestran que los programas de prevención de lesiones domésticas y de ocio pueden reducir los accidentes en un 20 a 30% para una población o área determinada y el retorno de la inversión suele oscilar entre 3 y 10 veces la realizada.

La intervención de Navarra en este proyecto puede ser de gran interés.

3.5.3.10. ACTUACIONES SOBRE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

El proceso de atención se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Disponibilidad de personal especializado con reconocimiento nacional e internacional en el manejo de éste problema.
- Existencia de una estructura que permite tratar de forma íntegra éste problema, desde el diagnóstico hasta el tratamiento quirúrgico más sofisticado (prótesis de tres componentes)
- Existencia de una Red de Atención Primaria habituada a tratar éstos problemas y con posibilidad de formación continuada en ésta materia.
- Disponibilidad de un personal de Enfermería especializado de cara al diagnóstico y tratamiento mediante procedimientos invasivos (test de PGE1, etc.).

Se identifican las siguientes **áreas de mejora**:

- Creación de un sistema de derivación de pacientes que contemple la derivación directa desde AP a la consulta especializada (Andrología) sin pasar por urología. El 80% de los pacientes deberían acudir directamente desde AP.
- Intensificar la colaboración entre AP y Andrología. Puesta en marcha de consultas no presenciales.
- Potenciar la realización de encuestas diagnósticas en AP para la identificación de pacientes asintomáticos con disfunción eréctil como pacientes con factores de riesgo cardíaco.
- Dotar a la consulta de Andrología de un sistema de ECO doppler- dúplex.

- Promover y desarrollar la consulta de Enfermería.
- Investigar y desarrollar pautas para la rehabilitación precoz de los pacientes sometidos a cirugía radical oncológica con riesgo para sufrir disfunción eréctil. Valorar sistemas electrónicos de recogida de datos compatibles con la historia clínica digitalizada.
- Promover grupos de investigación de cara a ensayos clínicos de los nuevos fármacos.
- Estudiar el coste sanitario de la disfunción eréctil, asumiendo como una clara mejora la disminución en el número de consultas. Hoy por hoy la medicación oral está sufragada por el paciente y el uso de prótesis se restringe a menos de un 10% de los afectos.
- Diseñar sistemas de monitorización que permitan evaluar el sistema de derivación, la atención en el servicio, la satisfacción del paciente y potencie nuevas líneas de mejora.

3.5.3.11. ACTUACIONES SOBRE ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Se identifican las siguientes **áreas de mejora**:

- Coordinación entre AP y servicios especializados.
- Definición del especialista de referencia para la gestión de los procesos reumáticos.
- Definición de la cartera de servicios.
- Desarrollo de la consulta de enfermería.
- Potenciar el desarrollo de la ecografía del aparato locomotor con técnica doppler.
- Valorar la conveniencia o no de instaurar consultas monográficas:
 - o artritis precoz
 - o osteoporosis
 - o espondiloartropatías
 - o conectivopatías/autoinmunes
- Mejorar la formación en ecografía del aparato locomotor.
- Promover la investigación de diferentes tipos: investigación básica, ensayos clínicos, calidad de vida etc.
- Incorporar las propuestas de mejora que la Estrategia Nacional sobre enfermedades reumáticas y músculo-esqueléticas del Ministerio pueda aportar. Esta Estrategia que está en fase de elaboración se está centrando en cuatro grupos de problemas: artritis y espondiloartritis de reciente comienzo, enfermedades autoinmunes sistémicas, gran discapacidad aguda reversible y síntomas ó signos de alarma (patología potencialmente grave).

3.5.3.12. PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DENTAL

Las prestaciones odontológicas del SNS-O para la población general provienen del Real Decreto 63/1995 publicado en el BOE número 35 de 10 de febrero de 1995, en el que únicamente se incluía la atención a las urgencias dentales con la inclusión de las extracciones dentarias.

En 2006, se publica el Real Decreto 1030/2006 en el que se establecen las carteras de servicios comunes de Atención Primaria (entre otras) y en él se señalan como prestaciones cubiertas por el Sistema Nacional de Salud las siguientes:

- Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental.
- Traumatismos oseodentarios.
- Heridas y lesiones en la mucosa oral.

- Patología aguda de la articulación témporo-mandibular.
- Consejo bucodental.
- Tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera.
- Exodoncias.
- Exodoncias quirúrgicas.
- Cirugía menor de la cavidad oral.
- Revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas.
- Biopsia de lesiones mucosas.

Todas estas prestaciones se ofertan en Navarra desde el año 1999.

Tabla. Actividad de Salud Bucodental. Navarra 2011

Días de consulta	561
Pacientes atendidos	17.385
Consultas nuevas	4.019
Promedio de pacientes/consulta	31
% pacientes extras	10,3
% pacientes con exodoncia	42,5
% pacientes con cirugía bucal	7,7
s con ortopantomografía	14,5
% pacientes derivados a CMF*	1,5

*CMF = Cirugía máxilofacial.

Las prestaciones las realizan la Sección de Salud Bucodental del SNS-O.

Desde 2007 la Sección utiliza en la atención general la Historia Clínica Informatizada de Especializada, y desde el año 2011 se ha procedido a la digitalización de las ortopantomografías.

La colaboración con Oncología Radioterápica es buena, con Oncología Médica está empezando y no existe con el Servicio de Hematología.

Programa de Atención dental infantil (PADI)

El Programa de Atención Dental Infantil oferta asistencia dental básica gratuita a la población residente en Navarra de 6 a 15 años, con el objeto de garantizar la accesibilidad de la población infantil a la salud bucodental. Se puso en marcha en 1991 mediante el Decreto Foral 58/1991. Más tarde, el Decreto Foral 69/2003 amplió la población destinataria del programa hasta los 18 años y, recientemente, el Decreto Foral 249/2011 vuelve a definir la población con derecho desde los 6 hasta los 15 años de edad.

La provisión de servicios se ha llevado a cabo de forma mixta mediante dentistas propios del SNS-O y dentistas en ejercicio privado concertados por el SNS-O. La modalidad de pago al sector concertado se basa principalmente en un sistema de capitación, además de ciertos tratamientos pagados por acto médico.

La Tabla 1 muestra la evolución desde 2001 de los principales aspectos del PADI.

Tabla 1. Evolución de indicadores clave del PADI

Concepto	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Población:												
Edades incluidas	6 - 15	6 - 15	6 - 15	6 - 16	6 - 17	6 - 18	6 - 18	6 - 18	6 - 18	6 - 18	6 - 18	6 - 15
Población Diana (con derecho)	49.730	50.150	50.900	57.500	65.600	72.200	72.350	75.400	75.400	78.090	80.025	64.800
Porcentaje de utilización	65,22	67,19	69,48	67,87	64,94	65,17	66,85	69,93	69,51	69,25	69,32	-
Dentistas proveedores:												
Nº de dentistas habilitados PADI	157	162	165	171	176	183	186	207	217	226	235	243
% del total de dentistas existentes	60,7	60,9	59,2	69,2	70,1	65,7	63,9	62,4	64,5	64,1	65,5	64,9
Gasto (en miles de euros)												
	1.454	1.523	1.641	1.863	2.100	2.500	2.600	2.885	3.078	3.098	3.340	
Perfil asistencial:												
% pacientes sin tratamiento	64,5	64,5	64,1	64,8	65,3	64,7	64,0	64,4	63,4	63,0	62,9	-
Dientes sellados / 100 PA	46,5	46,8	49,2	42,5	34,3	30,4	26,6	26,3	26,9	23,8	24,0	-
% pacientes con obturación/es	14,8	14,8	14,0	14,4	14,4	15,0	15,1	15,2	16,1	15,7	15,2	-
Dientes obturados / 100 PA	30,3	31	28,9	29,8	29,6	31,0	32,1	31,9	33,3	31,6	30,8	-
Radiografías intraorales/100 PA	6,2	7,8	9,6	9,2	8,5	9,1	9,5	10,1	10,0	11,3	14,0	-
Dientes endodonciados / 100 PA	1,2	1,3	1,2	1,2	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	-
Fluorizaciones tópicas / 100 PA	3,27	3	3,6	2,3	2,5	2,5	2,4	2,7	3,0	2,6	2,1	-
Permanentes extraídos / 100 PA	1,0	0,9	0,7	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,0	0,9	-
Temporales extraídos / 100 PA	10,1	10,3	9,2	8,4	7,5	6,6	6,5	6,9	7,1	7,1	7,0	-

PA: pacientes atendidos/as

El PADI se ha beneficiado de una estrategia preventiva, que ha venido desarrollándose a nivel escolar, principalmente en educación primaria, de enjuagues fluorados semanales y Educación para la Salud.

Los estudios epidemiológicos hechos a lo largo de los años reflejan una gran mejora en el nivel de salud dental en la población infantil (Tabla 2). Difícilmente podríamos conocer la causa real del descenso en la prevalencia de caries o en la media de dientes con caries, pero posiblemente han jugado un papel importante tanto las actividades preventivas como el propio PADI, en parte, a través de su influencia en la mejora del nivel de higiene dental (Tabla 3).

En cuanto al gran incremento del Índice de Restauración, que indica la proporción de caries que se encuentra tratada, es probable que se deba en gran medida al PADI.

Tabla 2. Evolución de nivel de salud dental en Navarra.

Índice	1987	1997	2002	2007
Prevalencia de caries en temporales los 6 años	62,80	35,60	35,40	35,90
Prevalencia de caries a los 12 años	70,00*	42,20	33,00	28,50
Prevalencia de caries a los 14 años	84,30	49,20	50,70	46,40
Índice cod ¹ a los 6 años	2,48*	1,16	1,28	1,26
Índice CAOD ² a los 12 años	2,30*	0,90	0,75	0,63
Índice CAOD ² a los 14 años	3,73	1,35	1,36	1,28
Índice de restauración ³ a los 12 años	42,17*	81,10	77,30	68,90
Índice de restauración ³ a los 14 años	38,90	76,30	78,70	74,22

* Dato estimado.

1. Media de dientes temporales que tienen o han tenido caries.
2. Media de dientes permanentes que tienen o han tenido caries.
3. Porcentaje de dientes cariados que están tratados (obturados).

Tabla 3. Evolución de la higiene dental en Navarra a los 14 años.

	1987	1997	2002	2007
Porcentaje de niños/as de 14 años que se cepillan los dientes > 1 vez / día	23,4	46,4	53,3	63,3

La posición de Navarra es muy buena respecto a otras CCAA y a otros países (Tabla 4).

Tabla 4. Caries y su tratamiento, por Comunidad/País

Comunidad/País	Año	CAOD ¹	% caries	IR ²
Navarra	2007	0.63	28.5	69.0
España	2005	1.33	47.2	53.0
Andalucía	2006	0.52	26.2	49.6
Cataluña	2006	0.73	45.8	52.5
Alemania	2004	0.98	-	75.0
Francia	2006	1.23	36.4	49.0
Reino Unido	2005	0.72	-	42.0

1. Media de dientes permanentes que tienen o han tenido caries.

2. Porcentaje de dientes cariados que están tratados (obturados).

La situación evolutiva del PADI puede considerarse óptima:

- La aceptación por parte de la población es buena: cada año, lo utiliza en torno al 70% de quien tiene derecho.
- La accesibilidad geográfica es buena: 47 localidades de Navarra tienen algún dentista.
- El Programa está consolidado entre los dentistas: el 65% de los 374 dentistas de Navarra se encuentran habilitados por el SNS-O para el PADI.
- El nivel de salud dental en la población infantil es muy bueno.

Áreas de mejora:

- Escasa colaboración con los comedores escolares.
- Escasa coordinación con los pediatras de Atención Primaria.
- El sistema de información del PADI se basa parcialmente en el manejo del formato papel.
- Dentro del 30% de población que no usa el PADI en el último año, posiblemente gran parte pertenecen a grupos de población con mayores necesidades de atención dental que la media.

Índice	2007	2011	Objetivo 2020
Índice de utilización del PADI (de 6 a 15 años)	69,20	69,32	75
% de dentistas PADI con conexión telemática con el SNS-O	0%	0%	100%
Prevalencia de caries a los 6 años	35,90	-	35
Prevalencia de caries a los 12 años	28,50	-	28
Índice CAOD a los 12 años	0,63	-	0,60
Índice de restauración ³ a los 12 años	68,90	-	75
% de niños/as de 14 años que se cepillan los dientes > 1 vez / día	63,30	-	68

Programa de Atención dental a personas con discapacidad

Marco legal vigente:

Decreto Foral 70/2003 por el que se modifica el Programa de Atención Dental a minusválidos.

Orden Foral 51/2003, que desarrolla el Decreto anterior.

Mediante la Disposición adicional única del Decreto 249/2011 del PADI se cambia alguna cuestión relativa a la terminología del Decreto Foral 70/2003.

Población diana

Personas que, teniendo derecho a asistencia sanitaria con cargo al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, cumplan, al menos, tres de las condiciones siguientes (abd ó acd):

- a) Tener un grado de discapacidad igual o superior al 75%, según el Departamento de Política Social, Igualdad, Deporte y Juventud del Gobierno de Navarra.
- b) En personas de 18 años o más de edad, tener reconocida la asistencia de tercera persona.
- c) En personas menores de 18 años, tener reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados.
- d) Cumplir los criterios de riesgo de enfermedad oral que determine la Sección de Salud Bucodental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea."

Prestaciones incluidas:

- Revisión diagnóstica del estado de salud oral.
- Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta.
- Sellado de fisuras en dentición permanente.
- Aplicación profesional de flúor tópico.
- Obturación de dentición definitiva.
- Tratamiento pulpar en dentición definitiva.
- Extracción dentaria.
- Tratamiento periodontal: profilaxis y detartraje.
- Tratamiento de traumatismos dentales.
- Tratamientos de cirugía bucal.
- Urgencias bucodentales.

Actividad desarrollada desde 2004:

- Revisiones de las personas con discapacidad de los siguientes centros:
 - o Santa María, de Burlada.
 - o Aspace, de Cizur Menor
 - o Carmen Aldave, de Pamplona.
 - o Valle de Roncal, de Pamplona
 - o Oncineda, de Estella.
 - o San José, de Pamplona.
 - o Residencia Javier, de Elcano
- Expedición de 452 "informes de riesgo oral" a otras tantas personas, por el que se les reconoce el derecho a esta prestación sanitaria

- Asistencia ambulatoria, cuando era factible, de las personas seleccionadas en las revisiones anteriores y de cualquier otra persona que solicitara ser atendida.
- Asistencia bajo anestesia general de las personas con discapacidad que la requieren en el Hospital San Juan de Dios.

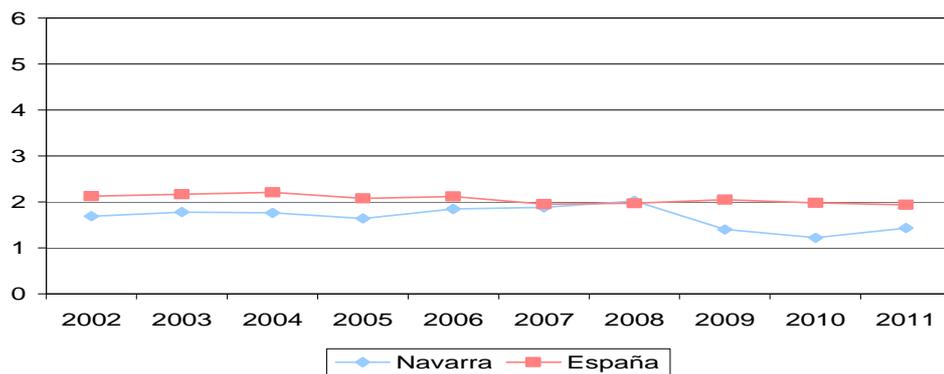
En la siguiente tabla aparece el número de pacientes con discapacidad atendidos bajo anestesia general, desde el inicio de la actividad:

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pacientes atendidos	10	29	26	22	26	25	25	22	18

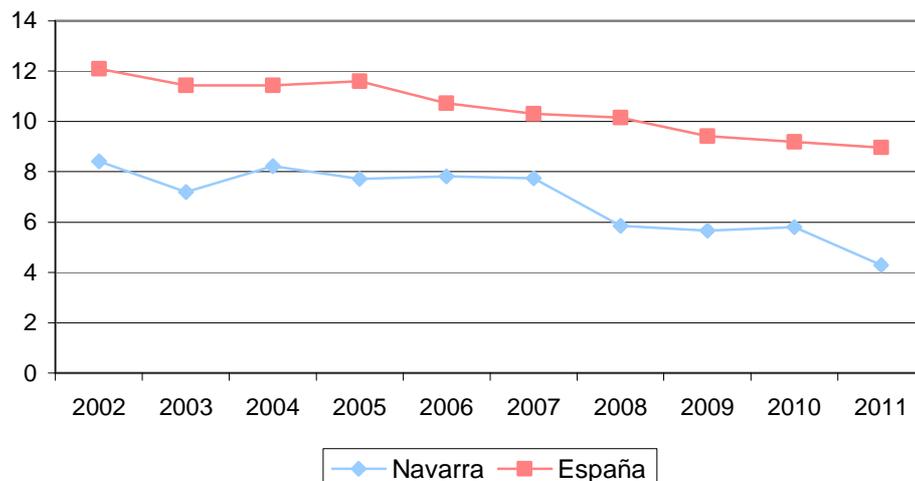
3.6. Variabilidad de la práctica clínica

Los Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud proporcionan información sobre la variabilidad de la práctica clínica en España. Se presenta una selección de los mismos:

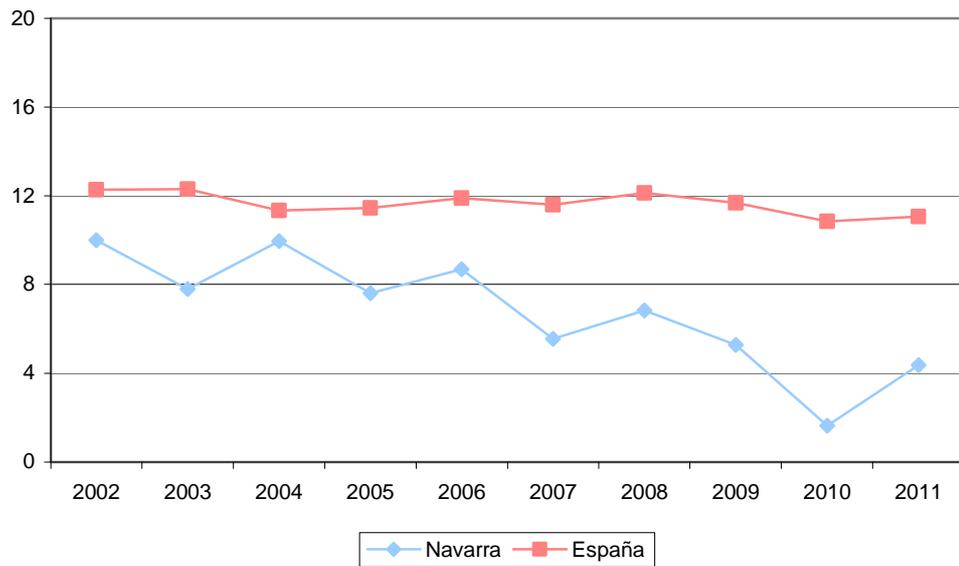
Porcentaje de reingreso tras cirugía programada.



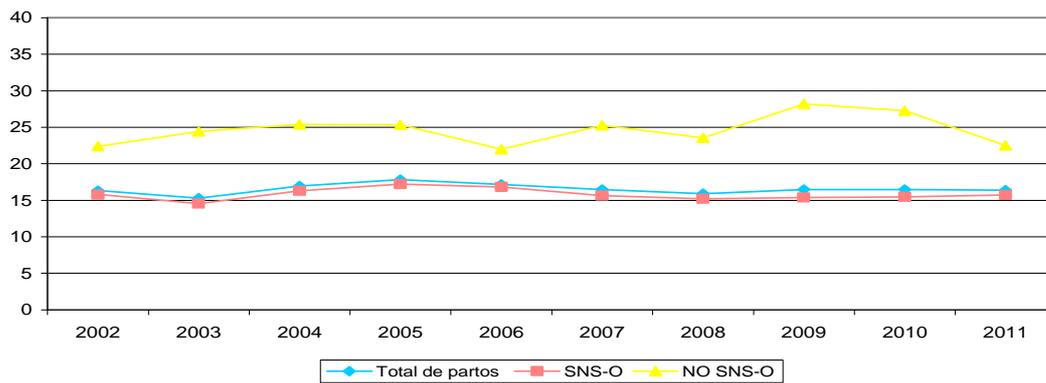
Porcentaje de reingreso urgente postinfarto



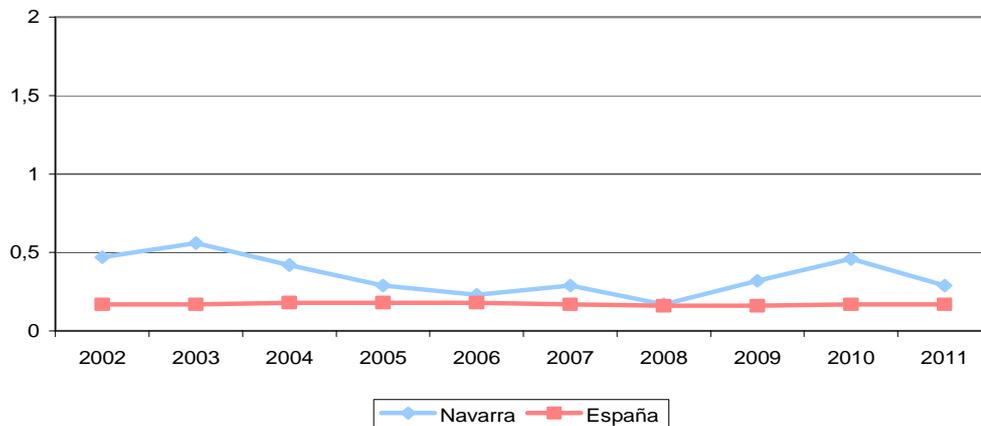
Porcentaje de reingreso urgente tras ingreso psiquiátrico



Porcentaje de cesáreas respecto al total de partos



Tasa de reacciones transfusionales por cada 1.000 altas hospitalarias



3.7. La Participación en el Sistema Sanitario

La participación, en cuya base se encuentra la corresponsabilidad, ha estado siempre presente en el desarrollo de los actuales sistemas de salud y se considera uno de los valores esenciales para su eficiencia y sostenibilidad. La población participa en el proceso/producción del cuidado de la salud a título individual o en representación de entidades ciudadanas creadas con fines de defensa y promoción de intereses comunes a la ciudadanía.

En el sistema sanitario se han desarrollado con mayor o menor intensidad y en diferentes momentos históricos, las distintas formas de participación: orgánica, funcional y cooperativa. Existen consejos consultivos, como órganos colegiados de participación; se han establecido procedimientos en periodos abiertos de exposición pública para alegaciones u observaciones escritas y mediante consultas a la ciudadanía y también se da una actividad de cooperación en atención a problemas de salud..

Hasta ahora la participación representativa ha sido principalmente la que ha tenido mayor consideración y ha sido recogida en las normas y estructuras del sistema de atención sanitaria. No obstante se han desarrollado actuaciones orientadas también al individuo y su competencia en salud (el autocuidado).

Actualmente esta dimensión individual, como ciudadano y como paciente, se está incorporando en los planes estratégicos de salud con modelos orientados a la capacitación del ciudadano y compromiso con su autonomía.

Valoración de la situación en Navarra

El desarrollo de la participación social en el sistema sanitario navarro ha sido positivo y amplio tanto en la dimensión individual como la representativa. Diversa normativa que regula la actividad sanitaria establece en derechos y deberes del ciudadano y del propio sistema acciones y elementos para la participación. Así mismo la recientemente promulgada ley de la transparencia y del gobierno abierto (LF 11/2012, de 21 de junio) establece como objetivo una Administración Pública más participativa, más cercana a las personas, que constantemente dialogue con ellas y consensúe las decisiones que adopte.

Existen en torno a 60 asociaciones directamente relacionadas con problemas de salud y hasta 200 asociaciones que participan en la convocatoria de subvenciones para el desarrollo de actividades de promoción de la salud.

Se han extendido actividades de fomento de estilos de vida saludables, de información y capacitación en autocuidados de determinadas patologías y sobre cuidados de personas dependientes, de educación para la salud y otras más. No obstante es necesario incorporar elementos de soporte normativo y organizativo tanto en la estructura como en el proceso de atención con el fin de extenderlas a todo el sistema sanitario y acercarlas lo más posible a todas las personas.

En este sentido se requiere prestar atención especial, para la participación directa individual, a las personas de colectivos más vulnerables a las condiciones sociales como jóvenes, mujeres, trabajadores inmigrantes, enfermos crónicos, entre otros. Así mismo es preciso considerar a las personas de colectivos en situación de exclusión que tienen

en general un acceso limitado a los sistemas de protección social y que también tienen mayores dificultades para alcanzar el estatus de ciudadano en el sistema sanitario.

Orientando un modelo de gobierno de participación ciudadana la Web Navarra.es, con los apartados ‘ciudadanía’, ‘empresas’ y ‘profesionales’ dispone de elementos y modos de participación abundantes y diversos. En materia de salud los principales temas que incluye dicha web son:

Salud pública	La autonomía de la voluntad
Relativos a la asistencia sanitaria	Sobre la propia salud
Sobre los colectivos más vulnerables	Sobre las relaciones personales en la asistencia
la Información	
Reclamaciones y sugerencias	Sobre el uso de los recursos

Entre los elementos específicos de participación establecidos en la estructura sanitaria navarra con funciones de participación en salud destacan:

Las Unidades de Atención al Paciente creadas en todos los centros/servicios sanitarios. Se trata de un recurso en la estructura y sistema de atención cuyas funciones están íntimamente relacionadas con el estatus de ciudadanía en salud y con capacidad de trabajar la información en las dos direcciones (individuo y sistema) en relación a la satisfacción y a la calidad.

Los Consejos de Salud, órganos de participación en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: El Consejo Navarro de Salud, los Consejos de Salud de Área y los de Zona Básica. Son espacios de encuentro entre todos los agentes de salud para participar en toda la estructura del sistema en aspectos organizativos, de gestión y de seguimiento y evaluación.

Línea presupuestaria de cooperación con entidades de iniciativa social, asociaciones y otras instituciones: conciertos, subvenciones y otras colaboraciones técnicas.

El ForoSalud como espacio de participación para la mejora de la sanidad Navarra que se ha creado recientemente. En él usuarios y profesionales de la salud debaten y plantean propuestas de mejora en proyectos específicos. En todas sus ediciones realizadas hasta ahora, varias propuestas de mejora se refieren a la relación paciente-profesional donde la dimensión participativa forma parte de ello. Ayuda así mismo a favorecer el desarrollo de una cultura de comprensión mutua entre usuarios y profesionales que permita la cooperación de ambos en el mejor funcionamiento del sistema.

Otros elementos de la tecnología sanitaria para la participación son el documento de **consentimiento informado** y el de **voluntades anticipadas** y su registro.

Las líneas estratégicas del actual ‘Modelo de atención sanitaria en Navarra’³. están íntimamente relacionadas a una mayor vinculación ciudadana y de participación en

³ Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria de Navarra. 2012. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra.

salud. El nuevo modelo considera el mayor nivel cultural y de decisión del paciente actual como uno de los factores para la orientación del sistema (además del factor demográfico y la revolución tecnológica). En él se describe al paciente actual de 'capacitado, empoderado y comprometido con su salud y con las decisiones referentes al cuidado sobre su salud'. Pasa a tener mayor responsabilidad sobre su salud, especialmente en lo que respecta a su estilo de vida y a la autonomía en la toma de decisiones

Por ello se concibe que una parte del desarrollo de la participación ciudadana haya de estar orientada a potenciar el papel que desempeña el paciente en el sistema sanitario. Esta participación del paciente se ha de realizar incrementando su capacitación, autonomía y responsabilidad en el cuidado de su salud e incorporándola en todo el proceso de atención.

La otra parte de la participación es la representativa, históricamente establecida en los sistemas sanitarios, principalmente a través de los Consejos de Salud. Los informes sobre el grado de desarrollo y funcionamiento de los distintos Consejos navarros de salud reflejan, respecto a esta participación representativa, la necesidad de realizar un esfuerzo en la línea de 'vinculación y participación social en salud' tanto entre profesionales sanitarios como en la sociedad organizada.