

PLAN DE SALUD DE NAVARRA I, 1991  
DIEZ AÑOS DESPUES  
*Evaluación del Plan 1991 y Diagnóstico de Situación 2000*

Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios  
Departamento de Salud  
Gobierno de Navarra

El Gobierno de Navarra de acuerdo con la Ley General de Sanidad de 1986 aprobó en 1991 un Plan de Salud para Navarra basado en las directrices de la Oficina Regional Europea de la O.M.S. de Copenhague, el cual marcaba un conjunto de [objetivos](#) a alcanzar en el estado de salud de la población y que permitiera a su vez orientar las [acciones](#) de los organismos e instituciones sanitarias al cumplimiento de los mismos, si bien, con la limitación de que la aplicación de estrategias se encontraba en Navarra limitada por cuanto que los recursos no se encontraban todavía integrados bajo la competencia del Gobierno de Navarra.

En el comienzo del nuevo milenio, los sistemas sanitarios han iniciado un proceso de reflexión sobre sus respectivos planes de salud a través de las correspondientes evaluaciones del cumplimiento de objetivos pasada una década desde su formulación, lo que a su vez permite el efectuar un Diagnostico de Salud al final de los años 90; y de este modo, continuar en el análisis de necesidades para enfocar y formular los nuevos objetivos de los sistemas para el inicio de los años 2000; tarea a la que en este momento se vienen dedicando los servicios regionales de salud en España y por supuesto el propio Ministerio de Sanidad y Consumo.

El presente documento responde a esa doble finalidad; por un lado la evaluación del grado de cumplimiento del Iº Plan de Salud de Navarra; y por otro formular en cierta medida el Diagnostico de Salud de Navarra, (o estado de situación de un conjunto de indicadores), lo cual ha sido confeccionado por la Sección de Planificación y Evaluación Sanitarias de Gobierno de Navarra, adscrita al Servicio de Docencia Investigación y Desarrollo Sanitarios. La realización del mismo, con la utilización de varias fuentes, es además el esfuerzo conjunto de muchos profesionales de la Salud Publica con los que se trabaja en estrecha colaboración a los que deseamos dejar constancia de agradecimiento a su trabajo que permite armonizar el resultado de la salud.

Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios

José Javier Viñes

[iniciar](#)



**Sugerencias:**

@ [Ander Arrázola](#)

@ [Idoia Gaminde](#)

Relación de profesionales que han aportado documentación, comentarios, opiniones o evaluaciones al Plan de Salud de Navarra 1991.

<b>Javier Abad</b>	<b>Instituto de Salud Pública.</b>
<b>Javier Aldaz</b>	<b>Farmacéutico de Salud Pública. - Instituto de Salud Pública.</b>
<b>Isabel Ansa</b>	<b>Dirección de Atención Primaria</b>
<b>Nieves Ascunce</b>	<b>Directora del Instituto de Salud Pública.</b>
<b>Javier Apezteguia</b>	<b>Dirección de Atención Primaria.</b>
<b>Eva Ardanaz</b>	<b>Sección de Enfermedades no transmisibles. Instituto de Salud Pública.</b>
<b>Joaquín Artazcoz</b>	<b>Programa de Salud Bucodental. Dirección de Atención Primaria.</b>
<b>Liliana Artieda</b>	<b>Servicio de Salud Laboral e Investigación. Instituto Navarro de Salud Laboral</b>
<b>M<sup>a</sup> Jesús Azagra</b>	<b>Sección de Intervenciones poblacionales y Promoción de Salud, Instituto de Salud Pública</b>
<b>Ana Barcos</b>	<b>Sección de Actividades Medico-preventivas y Detección Precoz. Instituto de Salud Pública.</b>
<b>Olga Díaz de Rada</b>	<b>Sección de Investigación. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios</b>
<b>Lázaro Elizalde</b>	<b>Sección de Intervenciones poblacionales y Promoción de Salud, Instituto de Salud Pública.</b>
<b>Marga Echaury</b>	<b>Sección de Intervenciones poblacionales y Promoción de Salud, Instituto de Salud Pública</b>
<b>Luís Gabilondo</b>	<b>Subdirector de Coordinación Hospitalaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.</b>
<b>Mariano Gallo</b>	<b>Director Gerente. Instituto Navarro de Salud Laboral</b>
<b>Alvaro Gimeno</b>	<b>Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.</b>
<b>Angeloi Goya</b>	<b>Sección de Intervenciones poblacionales y Promoción de Salud, Instituto de Salud Pública</b>
<b>Ana Granado</b>	<b>Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.</b>
<b>M<sup>a</sup> Jesús Guembe</b>	<b>Sección de Docencia. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios</b>
<b>M<sup>a</sup> José Lezaun</b>	<b>Dirección de Atención Primaria, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.</b>
<b>Conchi Moreno</b>	<b>Sección de Enfermedades no transmisibles. Instituto de Salud Pública.</b>
<b>José Luís Moreno</b>	<b>Hospital de Navarra. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.</b>
<b>M<sup>a</sup> José Pérez</b>	<b>Sección de Intervenciones poblacionales y Promoción de Salud, Instituto de Salud Pública</b>
<b>María Antonia Ramos</b>	<b>Sección de Genética Médica del Hospital Virgen del Camino</b>
<b>José Luis Ruiz Ciruelos</b>	<b>Subdirector de Gestión de Personal del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.</b>

**Mikel Urtiaga**

**Sección de Enfermedades Infecciosas. Instituto de  
Salud Pública.**

# OBJETIVOS

## ASEGURAR IGUALDAD ANTE LA SALUD.

El Plan de Salud de Navarra asume el objetivo de equidad de la Estrategia de la OMS para la Región Europea de reducción de desigualdades en salud en un 25 % entre áreas de salud y categorías socioeconómicas y entre grupos de edad y sexo. Este objetivo se concretará para cada uno de los objetivos de salud definidos a continuación, en función de las características de los mismos y de las posibilidades de desagregación por sexo, edad, área de salud y categoría socioeconómica (objetivos 03 a 23, 25 a 32, 35 a 37, 40 a 42 y 49).

De los 56 objetivos siguientes, 38 son objetivos en salud propiamente dichos. Algunos de ellos llevan implícito el objetivo de equidad porque van referidos a toda la población del colectivo al que tratan de afectar. Otros vienen definidos para algún colectivo de edad, sexo, o grupo de riesgo, debiendo completarse las desagregaciones según área de salud y categoría socioeconómica. Para el objetivo de equidad los restantes son, en principio, susceptibles de desagregación según las cuatro variables de equidad citadas.

Junto a los objetivos en salud, se definen 18 objetivos de actividad (24, 34, 38,39, 43 a 48 y 50 a 56) orientados a la atención específica de problemas de salud o a la creación de condiciones para mejorar la calidad de vida de las personas. Todos ellos llevan implícito el objetivo de equidad pues van dirigidos al conjunto total del colectivo al que pretenden afectar.

### **OBJETIVO 01.**

Reducir en un 25% las desigualdades en salud medidas para los objetivos 03 a 23, 25 a 33, 35 a 37, 40 a 42 y 49) siguientes, según grupos de edad, sexo, categoría socioeconómica y área de salud, cuando sean de aplicación tales desagregaciones y en el horizonte temporal definido para cada objetivo.

### **OBJETIVO 02.**

Para 1992, quedará garantizada la extensión de la cobertura de atención sanitaria pública a todos los residentes de la Comunidad Foral.

**AÑADIR AÑOS A LA VIDA,** evitando la mortalidad prematura y aumentando la esperanza de vida.

### **OBJETIVO 03.**

Reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 30%, en las

mujeres de 45 a 65 años, en un plazo de 10 años.

**OBJETIVO 04.**

Reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en un 20 % en ambos sexos, en un plazo de 10 años.

**OBJETIVO 05.**

Mantener la tendencia descendente de la mortalidad por cáncer de estómago, en ambos sexos.

**OBJETIVO 06.**

Reducir la mortalidad por accidentes de tráfico, en un 10% anual, durante los próximos cinco años.

**OBJETIVO 07.**

Reducir la mortalidad infantil a 7 por mil nacidos vivos para el año 2000.

**OBJETIVO 08.**

Mantener la ausencia de mortalidad maternal.

**OBJETIVO 09.**

Reducir la mortalidad por cáncer de pulmón en un 20 % para ambos sexos y del cáncer de laringe en un 10% para los varones, para el año 2010, en menores de 65 años.

**OBJETIVO 10.**

Reducir la tasa de mortalidad por accidentes en los lugares de trabajo, en un 15 % en un plazo de 10 años.

**AÑADIR SALUD A LA VIDA, reduciendo la morbilidad y la incapacidad.**

**ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

**OBJETIVO 11.**

Mantener nula la incidencia de Poliomiелitis, Tétanos neonatal y Difteria autóctonas.

**OBJETIVO 12.**

Eliminar, para 1995, la incidencia de casos autóctonos de Sarampión y Rubéola congénita.

**OBJETIVO 13.**

Mantener nula la incidencia de Paludismo autóctono.

**OBJETIVO 14.**

Para 1995, la incidencia anual de Rubéola y Parotidítis, en menores de 16 años, deberá ser inferior a 50 casos.

**OBJETIVO 15.**

A partir de 1992, la incidencia de Tuberculosis Pulmonar deberá disminuir en, al menos, un 10% anual.

**OBJETIVO 16.**

Para 1995, la incidencia anual de Brucelosis e Hidatidosis deberá ser

inferior a 10 casos.

**OBJETIVO 17.**

Para el año 2000, la incidencia de Hepatitis A y las Enfermedades Infecciosas intestinales, deberán disminuir en, al menos, un 30 %.

**OBJETIVO 18.**

Para 1995, deberá ser prácticamente nula la incidencia de Hepatitis B en Minusválidos psíquicos y personal sanitario asistencial.

**OBJETIVO 19.**

Para el año 1995, la incidencia de Gonorrea y Sífilis primaria/secundaria, deberá reducirse en, al menos, un 20%.

**OBJETIVO 20.**

Para el año 2000, no se producirá ningún caso de enfermedad neonatal cuyo origen sea una enfermedad de transmisión sexual materna.

**OBJETIVO 21.**

Para el año 1995, habrá disminuido la transmisión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

## **MINUSVALIAS PSIQUICAS**

**OBJETIVO 22.**

Para el año 1992, se habrán erradicado las minusvalías psíquicas debidas a metabolopatías congénitas.

**OBJETIVO 23.**

Para el año 2000, la incidencia de nacidos con el síndrome de Down, deberá ser menor del 0'8 por mil nacidos vivos.

**OBJETIVO 24.**

Para el año 1992, al menos el 95 % de los embarazos habrán sido controlados en cuanto al riesgo potencial.

## **SALUD BUCODENTAL**

**OBJETIVO 25.**

Para el año 2000, el 50 % de los niños de 6 y 12 años, estará libre de caries dental.

**OBJETIVO 26.**

Para el año 2000, el índice CAOD-12, será igual o menor de 2.

**OBJETIVO 27.**

Para el año 2000, el 50 % de los jóvenes de 14 años presentará una salud gingival aceptable (códigos CPITN=0-1) y la media de sextantes sanos (CPITN=0) en tal edad será al menos de 2,5.

**OBJETIVO 28.**

Para el año 2000, se reducirá al 30 % el porcentaje de edéntulos a los 65-74 años, alcanzando un máximo del 10% de la población

dentada de dicha edad con un CPITN de 3 ó 4.

## **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

### **OBJETIVO 29.**

Para el año 2000, la incidencia de Enfermedades Isquémicas del Corazón, entre 35 y 65 años, habrá disminuido en un 15%.

### **OBJETIVO 30.**

Para el año 2000, la tasa de incapacidades permanentes debidas a las enfermedades isquémicas del corazón, entre 45 y 65 años, habrá disminuido en un 20 %

## **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

### **OBJETIVO 31.**

Para el año 2000, la incidencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, habrá descendido en un 10 %, en los menores de 65 años.

### **OBJETIVO 32.**

Para el año 2010, la incidencia de Cáncer de Pulmón, habrá descendido en un 20% para los menores de 65 años.

## **DIABETES**

### **OBJETIVO 33.**

Para el año 1995, se deberá reducir la morbi-mortalidad intra y perinatal, con un adecuado seguimiento de la diabetes gestacional.

### **OBJETIVO 34.**

Para el año 1995, deberá disminuir un 50 % el número de amputaciones en diabéticos.

### **OBJETIVO 35.**

Para el año 1995, deberá prevenirse el 50 % de las nefropatías y el 60 % de las retinopatías del paciente diabético.

## **ENFERMEDADES LABORALES**

### **OBJETIVO 36.**

Para 1995, no se deberá producir ningún caso de saturnismo de origen laboral.

### **OBJETIVO 37.**

Para 1995, no se deberá producir ningún caso de silicosis de origen laboral.

### **OBJETIVO 38.**

Para el año 1995, el 60 % de la población ocupada estará incluida en programas de vigilancia de la salud en relación con los riesgos



laborales.

### **OBJETIVO 39.**

Para el año 2000, el 100 % de la población ocupada estará incluida en programas de vigilancia de la salud en relación con los riesgos laborales.

## **ACCIDENTES**

### **OBJETIVO 40.**

Para el año 2000, la tasa de incidencia de incapacidad permanente por accidentes de circulación, habrá disminuido en un 50 %.

**AÑADIR VIDA A LOS AÑOS proveyendo a las personas de recursos para que sus capacidades físicas y mentales les permitan mantener una vida social y emocionalmente satisfactoria.**

En base a la definición de la OMS (1985) de **calidad de vida** como "la percepción de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal", se entiende la dificultad de desarrollar objetivos en este sentido. En los planes de salud consultados no se ha encontrado una especificación de objetivos sobre este apartado, sino una enumeración de principios generales en esta línea.

Si queremos que las personas logren su potencial de salud, debe de empezarse con un adecuado cuidado prenatal, y proveerles de las mejores oportunidades para desarrollar su salud, y mantenerla a lo largo de su vida. Este área de calidad de vida va enfocado a todos los ciudadanos independientemente de su nivel de salud y habilidad.

En el presente Plan de Salud se ha optado por hacer un acercamiento mediante el enunciado de los objetivos que se presentan a continuación, aún siendo conscientes de las limitaciones que ello supone debido sobre todo a la amplitud e inespecificidad, muchas veces, del propio concepto de calidad de vida y, por lo tanto, a la dificultad de cuantificación.

La mayoría de los objetivos que se presentan se refieren a oferta de servicios y/o prestaciones, asumiendo por nuestra parte que ello debería llevar implícita una mejora de la calidad de vida.

Por último, conviene recordar, así mismo, que bastantes de los objetivos que entendemos como de mejora de la calidad de vida vienen recogidos como objetivos específicos en el apartado de estrategias, por lo que va a ser la lectura completa del Plan la que

nos va a definir el desarrollo posterior de este apartado.

**OBJETIVO 41.**

Para el año 2000, habrá aumentado en un 10 % la población que percibe de forma satisfactoria su estado de salud.

**OBJETIVO 42.**

Para el año 2000, el 80 % de los tumores de mama diagnosticados lo será en el estadio I.

**OBJETIVO 43.**

Para el año 1995, al menos el 85 % de los enfermos de EPOC estará incluido en programas de rehabilitación.

**OBJETIVO 44.**

Para el año 1995, al menos el 75 % de los enfermos de Diabetes Insulinodependientes, estará incluido en programas de seguimiento y grupos de autoayuda.

**OBJETIVO 45.**

Para el año 2000, se desarrollarán mecanismos adecuados para flexibilizar el horario laboral de los pacientes diabéticos a sus necesidades de tratamiento.

**OBJETIVO 46.**

Para el año 1992, todos los enfermos ostomizados tendrán acceso a programas de rehabilitación.

**OBJETIVO 47.**

Para el año 2000, habrá tenido aplicación, en todos sus extremos, la Ley de eliminación de barreras físicas.

**OBJETIVO 48.**

Para el año 1995, el 80 % de los recién nacidos serán captados en actividades de atención domiciliaria.

**OBJETIVO 49.**

Para el año 2000, la prevalencia de la obesidad no debería superar el 3'5% entre la población infanto-juvenil y el 18% entre la población de más de 30 años.

**OBJETIVO 50.** Para el año 1995, todas las mujeres en edad menopáusica habrán recibido invitación a acudir a consultar sobre ese tema, dentro del Programa de la Mujer.

**OBJETIVO 51.**

Para el año 2000, al menos el 60 % de las personas de más de 60 años, habrán recibido oferta de utilizar fondos bibliográficos.

**OBJETIVO 52.**

Para el año 2000, al menos el 60 % de las personas entre 60 y 75 años, tendrán la posibilidad de participar en actividades de paseo y/o gimnasia de mantenimiento.

**OBJETIVO 53.**

Para el año 2000, al menos el 60 % de la población mayor de 65 años, tendrá acceso a tratamientos reconstructivos bucodentales.

**OBJETIVO 54.**

Para el año 2000, se atenderá a domicilio al 8% de la población

mayor de 65 años.

**OBJETIVO 55.**

Para el año 1995, en el 90% de las Zonas Básicas de Salud funcionarán Comisiones de Participación de ancianos.

**OBJETIVO 56.**

Para el año 2000, al menos el 30 % de la actividad de los Equipos de Salud Mental y de los Equipos de Atención Primaria estará dedicada a programas de Prevención y Promoción de la Salud.

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVOS

Objetivos de salud formulados en el Plan de Salud elaborado por el Departamento de Salud en Navarra en 1991 y basados en la política SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

### ESTRATEGIA DE SALUD

Promoción de Hábitos de Vida Saludables

**Eliminación o Reducción de Situaciones Evitables**

Salud Laboral

Medioambiente

**Mejora del Sistema de Cuidados de Salud**

Atención Primaria

Atención Especializada

Recursos Humanos

Evolución del gasto

Programas de Salud:

Programa de prevención del cáncer de mama. Diez años de andadura

Salud Bucodental. Programa de asistencia dental infantil (PADI)

Prevención frente al SIDA Y apoyo a personas afectadas

Programa de detección precoz de hipoacusias.

Programa de Diagnóstico prenatal

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cervix.

Cartera de Servicios de Atención Primaria

Apoyos Necesarios

Docencia

Investigación

Legislación sanitaria [solo accesible en intranet]

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 02.

**Para 1992, quedará garantizada la extensión de la cobertura de atención sanitaria pública a todos los residentes de la Comunidad Foral.**

Para lograr este objetivo se aprueba el Decreto Foral 71/1991 sobre universalización de la asistencia, quedando pendiente su instrumentación, la reglamentación de las condiciones de acceso y los niveles de prestaciones a que da derecho esta universalización. Por universalización de la asistencia se entiende la plasmación del derecho a recibir asistencia sanitaria independientemente de si se cotiza o no a la seguridad social, o del régimen al que se este adscrito. La universalización se entiende como un derecho por el hecho de ser ciudadano. El decreto Foral 71/1991, de 21 de febrero, desarrollado en cumplimiento del artículo tercero de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, establece que la asistencia sanitaria pública se extenderá a todos los ciudadanos residentes en cualquiera de los municipios de Navarra. Pretendía aplicar el principio de equidad entendido como garantía de acceso igual para todos a los servicios del sistema sanitario público. Sin embargo el reconocimiento del derecho no ha ido parejo asu aplicación. De tal manera, que el derecho depende de la relación con las cotizaciones al INSS. De hecho, en 1996 se aprueba el Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, en el que se establece el procedimiento y las condiciones de acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra. Esta norma pretendía culminar el proceso acogiendo al último colectivo no protegido, al conjunto de los residentes que, no estando obligados a cotizar a cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social y careciendo de cobertura sanitaria a cargo de la administración, se acojan voluntariamente al mismo a cambio de colaborar en su financiación en una cuantía que en ningún caso será superior al gasto sanitario público "per cápita" en Navarra.

Sin embargo, todavía el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria se encuentra en el INSS y el derecho lo acredita el número de la seguridad social. Este reconocimiento da lugar a 41 grupos asistenciales diferentes en función de su derecho a recibir diferentes tipos de prestaciones.

### **Distribución de la población residente en Navarra con derecho a la asistencia sanitaria pública por colectivos de derecho. 1998**

<b>Colectivos</b>	<b>%</b>
Activos Seguridad Social	70,1
Farmacia gratuita	26,4
Entidades colaboradoras: Once, Telefónica, Universidad de Navarra	1,3

Mutuas de Funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS	1,3
Funcionarios Gobierno de Navarra. Uso especial con atención primaria pública	0,6
Socios de LAGUN-ARO	0,3
Religiosas de Clausura	0,04
DF 640/96-Universalización	0,03

Fuente: Memoria del SNS-O 1998 (p 42)

Además en el año 2000 se aprueba la **LEY FORAL 2/2000, de 25 de mayo, de modificación de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, para extender la cobertura de asistencia sanitaria del sistema sanitario público de Navarra a todos los inmigrantes en la Comunidad Foral.**

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 03](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### Objetivo 3

Reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 30 %, en las mujeres de 45 a 65 años, en un plazo de 10 años.

#### Cáncer de Mama, todas las edades: Incidencia y Mortalidad

Incidencia				Mortalidad			
1980-84	1985-89	1990-94	% cambio 80-84 a 90-94	1981-85	1986-90	1991-95	% cambio 81-85 a 91-95
42,2	48,4	67,7	60,4	15,46	17,8	18,51	19,7

Fuente: Instituto de Salud Pública

#### Evolución de la mortalidad por Cáncer de mama por grupos de edad

CANCER DE MAMA	Tasa por 100.000 mujeres			Variaciones de 1991-95 respecto a:	
	1981-85	1986-90	1991-95	1981-85	1986-90
de 35-44 años	17,87	17,35	15,23	-14,8	-12,2
de 45-54 años	28,94	38,58	43,61	50,7	13,0
de 55-64 años	55,15	66,41	67,99	23,3	2,4
de 65-74 años	72,11	81,21	77,06	6,9	-5,1
Todas las edades	15.46	17.80	18.51	19.7	3.9

Fuente: Instituto de Salud Pública

#### Peso de la mortalidad por cáncer de mama según edad. Mujeres

CANCER DE MAMA	% de Mortalidad por Cáncer de Mama/ Mortalidad Total en cada intervalo de edad		
	1981-85	1986-90	1991-95



de 35-44 años	18,5	21,0	17,9
de 45-54 años	14,8	19,4	24,3
de 55-64 años	10,4	13,9	16,7
de 65-74 años	4,6	6,4	6,8

**Comentario:** La mortalidad observada en el quinquenio 1991-1995 respecto a 1981-1985 se ha incrementado en un 20% para todas las edades. Respecto al quinquenio 1986- 1990 el incremento ha sido del 4%. Por su parte el aumento de la incidencia entre el primer y tercer quinquenio considerado ha sido del 60%.

La información actualmente disponible alcanza únicamente los 5 primeros años de actuación del programa de detección precoz, siendo 10 los previstos, por lo que se deberá esperar al menos otros 5 años más. No obstante, analizando la evolución de la mortalidad en el intervalo de edad de 45 a 64 años, en el quinquenio 1991-95 se observa un importante incremento de la mortalidad respecto a 1981-85. Respecto al quinquenio 1986-90 el incremento de la mortalidad es muy moderado, en especial en el intervalo de 55 a 64 años.

Por último señalar la participación creciente del cáncer de mama como causa de muerte en las mujeres, ya que en la actualidad y en el intervalo de 45 a 64 años el 20% de las mujeres que mueren es por dicha causa, mientras que en el quinquenio 1981-85 era sólo del 12%.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO](#)

[04](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 04.

Reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en un 20 % en ambos sexos, en un plazo de 10 años.

**Mortalidad por Enfermedad Cardiovascular. Navarra 1981-95.**  
(Tasa por cien mil habitantes, ajustadas a población europea.)

Enfermedades Cardiovasculares	81-85	86-90	91-95	Modificación en % 91-95 / 86-90	Modificación en % 91-95 / 81-85
Hombres	400,6	299,4	258,3	-13,7	-35,5
Mujeres	256,3	200,1	169,3	-18,2	-33,9

Fuente: Mortalidad INE. Elaboración Instituto de Salud Pública

**Comentario:** El fuerte descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en ambos sexos observada en la segunda mitad de los años 80, ha tenido continuación, aunque más suave, en los años 90, alcanzando en el conjunto de los años estudiados el 33,9% de reducción en las mujeres y el 35,5% en los hombres.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 05](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 05.

Mantener la tendencia descendente de la mortalidad por cáncer de estómago, en ambos sexos.

### **Incidencia y Mortalidad por Cáncer de Estómago en Hombres y Mujeres. Evolución últimos tres quinquenios.**

	Incidencia				Mortalidad			
	1980-84	1985-89	1990-94	% cambio 80-84 a 90-94	1981-85	1986-90	1991-95	% cambio 81-85 a 91-95
HOMBRES	27,8	26,9	22,7	-18,3	19,32	17,52	15,47	-19,9
MUJERES	11,5	12,2	8,5	-26,1	8,2	8,64	5,85	-28,7

Fuente: Instituto de Salud Pública

**Comentario:** Se mantiene una tendencia descendente de la mortalidad por cáncer de estómago a lo largo de los últimos 15 años en ambos sexos.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO](#)

[06](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 06.

Reducir la mortalidad por accidentes de tráfico, en un 10% anual, durante los próximos cinco años.

**Mortalidad por Accidentes de Tráfico. Navarra 1981-95.** (Tasa por cien mil habitantes, ajustadas a población europea.)

Accidentes de Tráfico Vehículo motor	81-85	86-90	91-95	Reducción en % 91-95/81-85
Hombres	31.54	32.8	26.6	-15.5
Mujeres	10.43	10.0	9.2	-11.4

Fuente: Mortalidad INE

**Peso de la mortalidad por accidentes de tráfico en hombres.**

HOMBRES Mortalidad	Tasa por 100.000 hombres			% Mortalidad por Accidentes de Trafico / Mortalidad Total en edad			
	Accidentes Tráfico	1981-85	1986-90	1991-95	1981-85	1986-90	1991-95
0-4 años		6,96	7,39	5,02	2,1	2,9	2,8
5-14 años		10,38	12,65	4,53	26,2	43,6	15,2
15-24 años		53,51	51,06	42,86	45,3	47,4	45,7
25-34 año		28,00	42,83	36,88	22,9	30,9	23,8
35-44 años		36,91	26,74	27,55	16,9	14,7	13,7
45-54 años		34,34	35,17	27,72	6,5	7,8	7,5

En el periodo estudiado (91-95 respecto a 81-85) la mortalidad debida a accidentes de tráfico se ha reducido en 11% en las mujeres y en 15% en los hombres. Este descenso se ha producido en los años 90 ya que a lo largo de la década de los 80 la mortalidad debida a accidentes de tráfico se mantuvo.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 07](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 07.

Reducir la mortalidad infantil a 7 por mil nacidos vivos para el año 2000.

**Evolución de la mortalidad infantil en Navarra. 1985-95. (Tasa por mil recién nacidos)**

Año	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
Neonatal	8,7	7,1	6,6	7,6	9,6	6,7	9,0	6,9	3,1	5,2	2,2	3,5	1,0	2,9
Postneonatal	2,1	5,6	5,6	5,2	4,3	6,2	4,0	3,4	3,1	2,0	3,0	1,5	2,5	2,0
<b>Mortalidad Infantil</b>	<b>10,9</b>	<b>12,7</b>	<b>12,2</b>	<b>12,8</b>	<b>13,9</b>	<b>12,9</b>	<b>13,0</b>	<b>10,3</b>	<b>6,1</b>	<b>7,2</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>3,5</b>	<b>4,9</b>

Fuente: Instituto de Salud Pública.

**Comentario:** A partir del año 1992 se constata un efectivo descenso de la mortalidad infantil en Navarra. Este descenso interesa tanto a la mortalidad neonatal como a la postneonatal.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 08](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 08.

### Mantener la ausencia de mortalidad maternal.

Mantener la ausencia de mortalidad maternal. (Fallecimiento de una mujer acontecida a lo largo de un embarazo o dentro de los 42 días siguientes a su finalización, por causa determinada o agravada por el embarazo, expresado por 1.000 nacidos vivos).

Tras un decenio, el de los 80, sin ningún fallecimiento, a principios de los 90 se registraron dos muertes por complicación de embarazo-parto-puerperio. Una de las mujeres era residente en Navarra y la otra no.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 09](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

**OBJETIVO 09.**

**Reducir la mortalidad por cáncer de pulmón en un 20 % para ambos sexos y del cáncer de laringe en un 10% para los varones, para el año 2010, en menores de 65 años.**

**Incidencia y Mortalidad por Cáncer de Pulmón y de Laringe. Evolución en los últimos tres quinquenios. Todas las edades.**

	Incidencia				Mortalidad			
	1980-84	1985-89	1990-94	% cambio 80-84 a 90-94	1981-85	1986-90	1991-95	% cambio 81-85 a 91-95
<b>HOMBRES</b>								
Laringe	17,7	16,4	14,4	-18,6	7,27	6,35	7,28	0,1
Pulmón	39,1	40,1	48,1	23,0	33,52	34,54	40,49	20,8
<b>MUJERES</b>								
Laringe	0,2	0,2	0,1	-50,0	0,11	0,29	0,06	-45,5
Pulmón	4,0	3,4	3,5	-12,5	4,08	3,24	2,97	-27,2

Fuente: Instituto Salud Pública

**Evolución de la Mortalidad por edad. Cáncer de Pulmón y de Laringe. 1981-95**

Hombres	Tasa por 100.000			Variaciones de 1991-95 respecto a	
	1981-85	1986-90	1991-95	1981-85	1986-90
<b>Cáncer de Pulmón</b>					
de 35-44 años	10,64	8,53	17,82	67,5	108,9
de 45-54 años	35,01	47,83	43,19	23,4	-9,0
de 55-64 años	131,55	119,23	151,17	14,9	26,8
de 65-74 años	244,12	281,21	269,63	10,4	-4,1
+ de 75 años	263,14	244,86	410,67	56,1	67,7
<b>Total</b>	<b>33,52</b>	<b>34,54</b>	<b>40,49</b>	<b>20,8</b>	<b>17,2</b>

	1981-85	1986-90	1991-95
<b>Cáncer de Pulmón</b>			
Mujeres de 35-44 años	1,99	2,39	4,51

<b>Tumor de Laringe</b>	<b>1981-85</b>	<b>1986-90</b>	<b>1991-95</b>
Hombres 45-54 años	18,85	11,96	12,89
Hombres 55-64 años	34,02	24,69	30,38

Fuente: Instituto Salud Pública

### **Peso de la mortalidad por Cáncer de Pulmón y de Laringe según edad. Evolución 1981-95.**

HOMBRES	% Mortalidad por Cáncer Pulmón/ Mortalidad Total en edad		
<b>Cáncer de Pulmón</b>	<b>1981-85</b>	<b>1986-90</b>	<b>1991-95</b>
de 35-44 años	4,9	4,7	8,9
de 45-54 años	6,6	10,6	11,6
de 55-64 años	10,5	10,9	14,3
de 65-74 años	7,7	10,1	10,3
+ de 75 años	2,6	2,7	5,3

**Comentario:** Cáncer de Pulmón en el hombre: Si bien el horizonte temporal para la consecución del objetivo era el año 2.010, la información disponible señala un incremento de la mortalidad por este tumor en los hombres respecto a los primeros años de los 80. Este incremento se ha dado en todos los grupos de edad, y en el conjunto ha sido del 20%, parejo al incremento de incidencia observado.

La mortalidad por Cáncer de Laringe presenta tasas estables a lo largo de los últimos quinquenios, si bien la incidencia muestra una ligera tendencia decreciente.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 10](#)

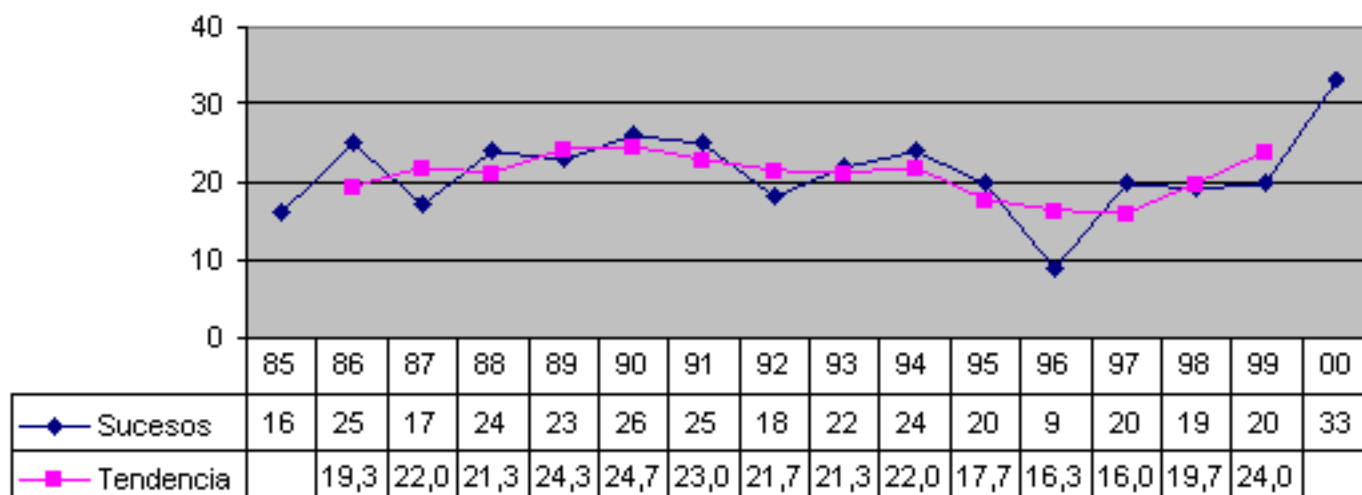
[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)



## OBJETIVO 10.

Reducir la tasa de mortalidad por accidentes en los lugares de trabajo, en un 15 % en un plazo de 10 años.

**Accidentes laborales mortales en el puesto de trabajo (no incluye los "in itinere"). 1.985-2.000. Sucesos y tendencia (media móvil). Fuente: INSL y GSH.**



**Comentario:** Tal como se puede observar en la tabla y gráfico adjuntos, la ocurrencia de accidentes mortales en los lugares de trabajo (excluidos los "in itinere") en los últimos años se mantiene con 20 accidentes mortales por año. Tras una leve disminución de accidentes mortales a mediados de los años noventa respecto al período 88-91, años de máxima incidencia con 24,5 muertos por año, se constata un incremento en el últimos año.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 11](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVOS 11-21. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

### **Evolución de brotes epidémicos**

Tal como se observa en la tabla que sigue, las toxiinfecciones alimentarias han sido los brotes más frecuentemente detectados. El germen más veces aislado entre los brotes estudiados ha sido del genero Salmonella (sobre todo S. Enteritidis).

### **Evolución de Brotes Epidémicos 1992-1999**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Toxiinfecciones Alimentarias	20	30	30	32	23	18	18	17
Brotes Hídricos	3	7	4	5	10	4	3	2
Tuberculosis Respiratoria	--	3	--	4	1	4	3	1
Enfermedad Meningocócica	1	1	--	1	1	1	--	--
Otros	--	--	11	6	14	4	6	4
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>41</b>	<b>45</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>24</b>

### **Enfermedades de Transmisión Alimentaria**

La declaración de casos de toxiinfección alimentaria han reducido su incidencia en un 50% a lo largo del decenio.

La fiebre tifoidea y paratifoidea así como la Disentería Bacilar han reducido su incidencia hasta representar menos de 5 casos por año.

### **Enfermedades de Transmisión Respiratoria**

La enfermedad meningocócica presenta desde 1.994 incidencia anual baja en la serie histórica. El año 1.998 con 15 casos (9 del serogrupo C y 6 del B) los afectados tenía menos de 6 años en 9 casos y en otros 6 casos tenían 6 o más años de edad. En 1.999 se dieron 18 casos.

La Tuberculosis respiratoria presenta tasas de incidencia estabilizadas entre 15 y 19 casos por 100.000. En cualquier caso inferiores a las registradas en las zonas urbanas e industriales del estado.

En los dos últimos años (98 y 99) se han registrado casos de Legionelosis (21 entre ambos años), algunos de ellos al menos, consecutivos a hospitalizaciones anteriores por otras causas.

### **Enfermedades de Transmisión sexual**

Salvo algún año en el cual se dan más casos que los habituales (gonorrea en 1.998 y 1.999), el nº de casos declarados de infección gonocócica y de sífilis ha descendido muy notablemente respecto al anterior decenio.

### **Enfermedades Prevenibles por inmunización**

Evolución muy positiva de estas enfermedades alcanzando mínimos históricos

de incidencia en los últimos años.

### Hepatitis Víricas

Incidencia estabilizada en cifras bajas en el último quinquenio, con notable mejoría respecto al quinquenio anterior. Esporádicamente se constata la presencia de pequeños brotes de hepatitis A.

### Zoonosis

La Brucelosis presenta mínimos históricos, estando asociada principalmente a casos de exposición profesional.

La hidatidosis, con oscilaciones, presenta una declaración anual similar a lo largo del último decenio. (La declaración no diferencia si la enfermedad es consecutiva a una infección nueva o antigua).

### Enfermedades importadas

Aumento del paludismo a lo largo de los últimos años.

### Otras enfermedades

Presentación en 1998 de tres casos de Carbunco en relación con exposición profesional y de dos casos importados de Tularemia por manipulación de animales de caza.

## EDOs CASOS DECLARADOS. 1993-2000

ENFERMEDADES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Enfermedades de Transmisión Alimentaria</b>								
F.Tifoidea y Paratifoidea	5	5	3	2	2	3	1	--
Disentería Bacilar	4	9	4	8	6	4	2	3
Toxinfeción Alimentaria	631	521	482	750	444	567	496	288
Triquinosis	--	10	--	--	--	--	--	
<b>Enfermedades de Transmisión Respiratoria</b>								
Enfermedad Meningocócica	27	12	19	17	17	15	18	12
Gripe	47.850	27.759	44.612	38.997	20.462	44.666	59.159	31.103
Legionelosis	--	--	--	--	--	6	15	23
Tuberculosis respiratoria*	99	80	91	90	104	74	69	82
Otras Tuberculosis*	26	21	39	24	22	18	16	21
Varicela	3.738	5.267	1.076	2.273	3.817	2.231	2.461	4.232
<b>Enfermedades de Transmisión sexual</b>								
Infección Gonocócica	21	12	9	4	2	24	18	17

Sífilis	7	2	4	2	5	2	2	8
<b>Enfermedades Prevenibles por Inmunización</b>								
Parotiditis	39	45	59	51	58	27	32	28
Rubéola	97	71	76	265	35	7	11	5
Sarampión	44	24	75	42	19	1	3	--
Tétanos	--	--	--	--	--	1	1	--
Tosferina	32	14	14	42	7	6	14	23
<b>Hepatitis Víricas</b>								
Hepatitis A	20	24	12	16	11	11	17	24
Hepatitis B	25	17	20	16	17	17	10	11
Otras Hepatitis	--	--	10	3	9	12	6	7
<b>Zoonosis</b>								
Brucelosis	21	14	13	17	11	6	3	2
Hidatidosis*	37	22	39	26	17	9	11	12
Leishmaniasis	--	1	--	--	--	1	1	2
<b>Enfermedades Importadas</b>								
Paludismo	2	3	1	4	2	8	16	5
<b>Otras Enfermedades</b>								
Carbunco	--	1	--	--	--	3	2	3
Tularemia	--	--	--	--	--	2	--	--

\* Pendientes de revisar Altas Hospitalarias de 2.000

Fuente: ISP

[más información sobre EDOs](#)

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 11](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 11.

Mantener nula la incidencia de Poliomiелitis, Tétanos neonatal y Difteria autóctonas.

**Comentario:** Ningún caso de Difteria, Polio ni de Tétanos neonatal. (Ver [Enfermedades Infecciosas](#))

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 12](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 12.

Eliminar, para 1995, la incidencia de casos autóctonos de Sarampión y Rubéola congénita.

### Casos declarados de Sarampión. 1988-99

AÑO	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
CASOS	54	78	60	110	805	44	24	75	42	19	1	3

Fuente ISP

**Comentario:** Desde 1992, último año con importante número de casos, la incidencia del sarampión ha descendido hasta 1 y 3 casos por año en los dos últimos años.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 13](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 14.

Para 1995, la incidencia anual de Rubéola y Parotidítis, en menores de 16 años, deberá ser inferior a 50 casos.

AÑO	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Rubeola	230	252	227	142	103	97	71	76	265	35	7	11
Parotiditis	372	1704	267	146	93	39	45	59	51	58	27	32

**Comentario:** Desde 1991 solo se han superado los 100 casos declarados en una ocasión, en 1996 por Rubeola. En los dos últimos años, tanto para la Rubeola como para la Parotiditis, se han alcanzado el nivel de incidencia propuesto en el Plan de Salud para 1995. La casi totalidad de casos declarados corresponden a menos de 16 años, en los que el diagnóstico es de sospecha.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 15](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 15,

A partir de 1992, la incidencia de Tuberculosis Pulmonar deberá disminuir en, al menos, un 10% anual.

La TBC respiratoria es la forma pulmonar más las formas pleurales y de vías respiratorias superiores,

### Incidencia por 100.000 habitantes de TBC respiratoria en Navarra, 88-99

AÑO	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
TBC Respiratoria	24,6	15,9	14,2	20,9	24,0	19,0	15,4	17,5	17,3	19,8	15,0	13,5
Otras TBC						5,0	4,0	7,5	4,6	4,2	2,7	3,1

Fuente: ISP

**Comentario:** La evolución de la incidencia en los últimos 12 años muestra una tendencia a la estabilidad, Así, comparando la tasa por 100.000 habitantes promedio cada 4 años desde 1988 resulta: 18,9; 19,0 y 16,4.

En sentido estricto, la información más fiable para valorar la evolución de la incidencia de TBC, se da a partir de 1993 (puesta en marcha de un sistema de información específico junto con el programa de control), Desde entonces, las tasas han oscilado entre 15 y 19 casos por 100.000 habitantes,

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 16](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)



## OBJETIVO 16.

Para 1995, la incidencia anual de Brucelosis e Hidatidosis deberá ser inferior a 10 casos.

### Casos de Brucelosis y de Hidatidosis en Navarra. 1988-99.

AÑO	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Brucelosis	50	37	17	23	35	21	14	13	17	11	6	3
Hidatidosis	27	38	43	31	43	37	22	39	26	17	9	11

**Comentario:** El objetivo planteado se ha alcanzado para la Brucelosis y estaríamos próximos a alcanzarlo para la Hidatidosis. Hay que reseñar que buena parte de los casos diagnosticados de Hidatidosis se corresponden con pacientes asintomáticos diagnosticados mediante exploración ecográfica fortuita.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 17](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### OBJETIVO 17.

Para el año 2000, la incidencia de Hepatitis A y las Enfermedades Infecciosas intestinales, deberán disminuir en, al menos, un 30 %.

#### Casos declarados de Hepatitis A e Infecciones intestinales. 1988-99

AÑO	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Hepatitis A	302	162	72	67	57	20	24	12	16	11	11	17
Toxiinfecciones	1694	1161	1184	1246	689	631	521	482	750	444	567	496
Disentería Bacilar	28	20	8	37	10	4	9	94	8	6	4	2

Fuente: ISP

**Comentario:** Respecto a los años 80 gran descenso de casos declarados de Hepatitis A. En la actualidad los casos se dan en niños y adultos jóvenes (12 casos en 1999) y casos importados (5 casos ese mismo año).

El número de casos declarados de toxiinfección alimentaria se ha reducido en un 60% aproximadamente respecto a finales de los años 80, si bien desde el año 1992 se mantiene relativamente estable. En la actualidad los brotes se dan sobre todo en los hogares. El año 1999 se identificaron 17 brotes con 136 casos, en los cuales, al menos en 7 brotes el germen implicado era Salmonela.

En los dos últimos años, el número de casos declarados de Disentería Bacilar ha sido inferior a 5.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 18](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## **OBJETIVO 18.**

**Para 1995, deberá ser prácticamente nula la incidencia de Hepatitis B en Minusválidos psíquicos y personal sanitario asistencial.**

Hay constancia de un caso de Hepatitis B en un minusválido psíquico en el año 2000.

[\*\*VOLVER A OBJETIVOS\*\*](#)

[\*\*OBJETIVO 19\*\*](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 19.

Para el año 1995, la incidencia de Gonorrea y Sífilis primaria/secundaria, deberá reducirse, en al menos, un 20%.

### Casos nuevos declarados de gonorrea y de Sífilis en Navarra. 1988-99

AÑO	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Gonorrea	76	76	40	51	28	21	12	9	4	2	24	18
Sífilis	33	11	10	5	4	7	2	4	2	5	2	2

Fuente: ISP

**Comentario:** Tras una constante reducción a lo largo del decenio, en los dos últimos años se ha dado un incremento de casos declarados de gonorrea.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)  
[OBJETIVO 20](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 20.

Para el año 2000, no se producirá ningún caso de enfermedad neonatal cuyo origen sea una enfermedad de transmisión sexual materna.

**Comentario:** El año 1998 se dio un caso de Hepatitis B fulminante en un recién nacido.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 21](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 21.

Para el año 1995, habrá disminuido la transmisión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

AÑO	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
VIH	131	131	248	198	206	190	234	211	171	145	139	95	86	63	40
Sida	3	3	12	25	18	45	48	62	81	90	93	72	41	39	28

Fuente: ISP

Los casos de Sida corresponden a residentes en Navarra (Además se conocen 36 casos más de no residentes).

### **Comentario:**

Entre 1985 y junio de 2000 se han notificado y confirmado 672 casos de SIDA en residentes de Navarra, el 58,2% de los cuales había fallecido. Desde el año 1.995, máximo de máxima declaración los casos declarados han ido descendiendo hasta situarse en el año 1999 en el 30% del nivel de entonces (Se ha pasado de 93 a 28 casos). La difusión del Sida en nuestra comunidad, al igual que en otros países del sur europeo, está muy ligada al uso no higiénico de jeringuillas, ya que esta practica representa el antecedente principal en el 68% de los diagnosticados de Sida.

La infección por VIH que en ese periodo ha afectado a 1.900 ciudadanos/as residentes en nuestra comunidad, presenta la incidencia máxima de la década en 1991 con 234 casos. Desde entonces se ha dado un descenso constante de aproximadamente el 10% anual, hasta el año 1999 cuando se dieron 40 casos nuevos. El 83% de los infectados eran usuarios de drogas de inyección. A pesar de la disminución de nuevos casos, la tasa anual en 1998 ascendió a 166 infecciones por 100.000. Esta tasa todavía es muy elevada en comparación con la de otros países europeos que han aportado información obtenida por procedimientos similares, lo que demuestra la necesidad de mantener e intensificar las actividades de prevención. Estas importantes reducciones en la incidencia de infección por VIH y de SIDA se relacionan con la disponibilidad y uso sistemático de las nuevas medicaciones antiretrovirales junto a la difusión y aplicación de las medidas preventivas promovidas desde diferentes organismos.

[más información:](#)

**VOLVER A OBJETIVOS**

**OBJETIVO 23**

[planificacion.evaluacion@cnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cnavarra.es)

### OBJETIVO 23.

Para el año 2000, la incidencia de nacidos con el síndrome de Down, deberá ser menor del 0'8 por mil nacidos vivos.

**Prevalencia de Síndrome de Down por 10.000 Recién Nacidos.**

	80-85	86-95	96-99
Navarra	14,78	23,29	8,3*

Fuente: Revista de Dismorfología y Epidemiología 1997; Serie IV; 2: 43-114.

\*Estimación para Navarra en base a los recién nacidos con Síndrome de Down del periodo. Datos del HVC.

**Comentario:** El año 1.995 se constituye la Comisión de Diagnóstico prenatal en el HVC, iniciándose las actividades de detección dirigidas a las mujeres embarazadas de 35 años y más. A lo largo de estos 5 años (95-99) se ha detectado un promedio anual de 7 casos. En los últimos 2 años, las actividades de detección precoz se realizan mediante la determinación de la AFP (alfafetoproteína) estableciéndose un índice de riesgo en función de la edad y posterior amniocentesis para la realización del cariotipo. De esta forma, con un esfuerzo parecido a la anterior estrategia se pueden beneficiar también las mujeres menores de 35 años.

**VOLVER A OBJETIVOS**

**OBJETIVO**

**24**

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 24.

Para el año 1992, al menos el 95 % de los embarazos habrán sido controlados en cuanto al riesgo potencial.

Además de las actividades de diagnóstico prenatal para enfermedades genéticas, en el Hospital Virgen del Camino se realiza un control ecográfico especializado a las mujeres embarazadas de 20 semanas. Además de estas actividades normalizadas y coincidiendo con la plena implantación de los centros de atención a la mujer (1999) existe un protocolo de atención al embarazo no problemático.

**VOLVER A OBJETIVOS**

**OBJETIVO**

**25**

**[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)**



## OBJETIVO 25.

Para el año 2000, el 50 % de los niños de 6 y 12 años, estará libre de caries dental.

### Población libre de caries a los 6 y 12 años. 1997-98.

Indice	1987	1997
% libre de caries a los 6 años	37,2*	63,6
% libre de caries a los 12 años	30,0*	57,8

\* Dato estimado

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

### Prevalencia de caries a diferentes edades (1997-98).

	TEMPORALES	DEFINITIVOS
A LOS 6 AÑOS	35,6	3,2
A LOS 9 AÑOS	42,2	19,9
A LOS 12 AÑOS	26,5	42,2
A LOS 14 AÑOS	-	49,2

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

### Prevalencia de caries a diferentes edades (1987).

	TEMPORALES	DEFINITIVOS
A LOS 9 AÑOS	73,2	49,2
A LOS 14 AÑOS	-	84,3

Fuente: J. Abad y J. Cortés. Encuesta de 1987.

**Comentario:** El objetivo previsto se ha cumplido, superando las previsiones de tal forma que incluso la mitad de la población de 14 años tiene su dentadura definitiva libre de caries.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[26](#)

[OBJETIVO](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

**OBJETIVO 26.**

Para el año 2000, el índice CAOD-12, será igual o menor de 2.

**Índice CAOD a los 12 años. Navarra 1987 y 1997**

Índice	1987	1997
Índice CAOD a los 12 años	2,50*	0,90

\*Dato estimado

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

**Evolución del índice CAO en Navarra. 1987 y 1997.**

Índice	1987	1997
Índice cod (dientes temporales) a los 9 años	2,66	1,29
Índice CAOD a los 6 años	0,28*	0,04
Índice CAOD a los 9 años	1,03	0,35
Índice CAOD a los 12 años	2,30*	0,90
Índice CAOD a los 14 años	3,73	1,35

\* dato estimado

**Evolución del índice CAOD entre 1987 y 1997 en Navarra a los 9 y 14 años.**

		1987	1997	Diferencia
<b>9 AÑOS</b>				
	Urbano	1,07	0,28	-73,8%
	Rural	0,97	0,39	-40,2%
	Total	1,03	0,35	-66,0%
<b>14 AÑOS</b>				
	Urbano	3,77	0,86*	-77,1%
	Rural	3,98	1,66*	-58,3%
	Total	3,73	1,35	-63,8%

**Prevalencia sin caries y CAOD (12 años) en diferentes países.**

	Francia	R. Unido	Dinamarca	Holanda	España	Navarra
Año	1993	1993	1994	1993	1994	1997
% sin caries	35	48	49	60	31.7	57.8

CAOD	2.07	1.4	1.3	0.9	2.3	0.9
------	------	-----	-----	-----	-----	-----

**Comentario:** Se ha superado ampliamente el objetivo planteado en el año 1991. Tanto a los 12 años como a los 9 y 14 la reducción del índice CAOD (Nº de dientes careados, ausentes u obturados en dientes definitivos dividido por la población estudiada), muestra una reducción del 60-65% en estos años. La reducción parece mayor en el medio urbano que en el rural.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 27](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 27.

Para el año 2000, el 50 % de los jóvenes de 14 años presentará una salud gingival aceptable (códigos CPITN=0-1) y la media de sextantes sanos (CPITN=0) en tal edad será al menos de 2,5.

La mejora planteada en la salud gingival se pretende medir mediante dos indicadores:

- A. Porcentaje de población de 14 años sin cálculos (sarro), se define como sano quien tiene sangrado a la exploración con sonda.
- B. Promedio de sextantes libres de sangrado y sarro en la población estudiada. La boca consta de 6 sextantes.

### Estado de salud gingival a los 14 años. Navarra 1987 y 1997.

Indice	1987	OBJETIVO 2000	1997
% de niños de 14 años con un índice CPITN = 0 - 1	16,61	50	87,00
Nº de sextantes periodontalmente sanos a los 14 años	1,59	2,50	3,92

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

**Comentario:** Se constata una evidente mejoría, ya que en el estudio de 1987 el porcentaje de población libre de sarro solo era el 17%, siendo ahora el 87%. También las partes de la boca sin sangrado ni sarro han mejorado pasando de 1,59 sobre 6 a 3,92 sobre 6. Esta mejora hay que relacionarla con los cambios higiénicos y nutricionales habidos estos años. Así, la frecuencia de cepillado ha mejorado notablemente, si bien se identifican importantes necesidades a acometer: Un quinto de la población de 14 años se cepilla menos de una vez al día (porcentaje muy parecido al observado en 1987) y el 31% lo hace sólo una vez al día, como se puede ver en la siguiente tabla.

### Frecuencia del cepillado a los 14 años. Navarra 1987 y 1997.

	Más de 1 vez/día	Una vez/día	Menos de 1 vez/día
1987	23,4	46,8	29,8
1997	46,4	30,9	22,7

Fuente: Encuesta epidemiológica sobre la salud dental de los escolares de Navarra 1997. Cortés et. al.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 28](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 28.

Para el año 2000, se reducirá al 30 % el porcentaje de edéntulos a los 65-74 años, alcanzando un máximo del 10 % de la población dentada de dicha edad con un CPITN de 3 ó 4.

Indice	1987	OBJETIVO 2000	1997
Prevalencia de edéntulos a los 65-74 años	39,60**	30	?
% de personas dentadas de 65-74 años con índice CPITN = 3-4	24,00**	10	?

\*\* Dato de 1988

**Comentario:** A falta de un nuevo estudio en adultos, se desconoce el estado actual.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 29](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 29.

Para el año 2000, la incidencia de Enfermedades Isquémicas del Corazón, entre 35 y 65 años, habrá disminuido en un 15%.

**Comentario:** Sólo se dispone de datos de incidencia correspondientes a 1997, gracias al proyecto IBERICA "Registro hospitalario de incidencia del Infarto agudo de miocardio" coordinado en Navarra desde el ISP. Para el año 1997, da para el conjunto de residentes en Navarra 524 casos. De estos 183 tenía entre 35 y 64 años (35%). De la comparación con otras comunidades donde se ha registrado la incidencia con la misma metodología se concluye que: Las Tasas de Incidencia de Navarra (de las categorías diagnósticas de infarto seguro, probable y con datos insuficientes) estandarizadas de 25-74 años fueron de 150 casos por 100.000 en hombres y 26 por 100.000 en mujeres. En hombres son ligeramente superiores al límite del intervalo de confianza del conjunto del proyecto Ibérica ( IC entre 126 y 144) y en mujeres más bajas que la estimación global pero dentro del Intervalo (IC entre 24 y 32).

Otras informaciones relacionadas con el objetivo:

### Enfermedad isquémica del Corazón. Mortalidad por 100.000

HOMBRES	81-85	86-90	91-95	Modificación en % 91-95 / 86-90	Modificación en % 91-95 / 81-85
35-44	27,5	22,2	11,9	-46,4	-56,7
45-54	73,4	54,9	45,8	-16,7	-37,6
55-64	229,1	148,9	141,8	-4,8	-38,1
65-74	447,4	367,7	354,5	-3,6	-20,8

MUJERES	81-85	86-90	91-95	Modificación en % 91-95 / 86-90	Modificación en % 91-95 / 81-85
35-44					
45-54	11,7	5,1	5,4	+5,9	-53,8
55-64	38,0	24,7	22,7	-8,1	-40,3
65-74	168,9	119,7	118,3	-1,2	-30,0

Fuente: Mortalidad INE. Elaborado en el ISP.

**Mortalidad:** Tanto en los hombres como en las mujeres y en todos los grupos de edad, la mortalidad por infarto agudo de miocardio ha descendido notablemente desde principios de los años 80. Ciñéndonos a los grupos de edad contemplados en el objetivo (35 a 65 años) la

reducción para ambos sexos se puede estimar en un 40% entre el primer quinquenio y el tercero (1981-85 y 1991-95).

Utilización de servicios: El CMBD (Altas hospitalarias) del SNS-O, informa que a lo largo de los últimos 4 años (de 1996 a 1999) los ingresos hospitalarios ocasionados por la patología coronaria se ha mantenido estable en la población de 35 a 65 años de Navarra.

### **Altas hospitalarias según diagnóstico principal en población de 35 a 65 años. Navarra 1997-99.**

<b>CIE</b>		<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
410	Infarto Agudo de Miocardio	203	191	200	208
411	Otras formas agudas y subagudas (s.t. Angina inestable)	100	97	91	83
413	Angina de pecho	66	65	57	53
414	Otras formas de cardiopatía isquémica crónica	155	177	152	201
	<b>TOTAL</b>	<b>524</b>	<b>530</b>	<b>500</b>	<b>545</b>

Fuente: CMBD DEL SNS-O.

### **Altas hospitalarias según diagnóstico principal, todas las edades, según hospital. Navarra 1999.**

<b>CIE</b>		<b>HNA</b>	<b>HVC</b>	<b>HES</b>	<b>HTU</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Edad</b>	<b>EM</b>	<b>Peso</b>
410	Infarto Agudo de Miocardio	249	171	50	92	562	66.6	12.0	2.845
411	Otras formas agudas y subagudas (s.t. Angina inestable)	90	100	19	59	268	69.6	9.0	1.085
413	Angina de pecho	51	41	16	49	157	68.7	7.3	0.968
414	Otras formas de cardiopatía isquémica crónica	312	30	41	5	388	64.3	9.4	2.484
	<b>TOTAL</b>	<b>702</b>	<b>342</b>	<b>126</b>	<b>205</b>	<b>1375</b>	<b>66.8</b>	<b>10.1</b>	<b>2.185</b>

Fuente: CMBD DEL SNS-O.



[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 30](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### OBJETIVO 30.

Para el año 2000, la tasa de incapacidades permanentes debidas a las enfermedades isquémicas del corazón, entre 45 y 65 años, habrá disminuido en un 20 %

**Comentario:** La incapacidad vinculada a los problemas cardiovasculares se empieza a conocer estos últimos años y viene a suponer el 10% de la incapacidad permanente, tanto total como absoluta, de la población activa de Navarra.

En el conjunto de la población del Estado, según refiere la reciente encuesta de discapacidades del INE, los problemas cardiovasculares están en el origen del 4% de todas las discapacidades.

La incapacidad temporal generada por la patología coronaria el año 2000 supuso 182 bajas laborales de 223,5 días de duración media.

### Incapacidad Permanente y problemas del aparato circulatorio. Navarra 1999

Causa de la Incapacidad Permanente	Modalidad de IP		
	I.P.T	I.P.A.	G.I.
Aparato circulatorio de 45 a 65 años	45	37	3
Aparato circulatorio todas las edades	51	44	4
Total Incapacidades permanentes	461	425	23

Fuente: Registro de Incapacidad Permanente del INSL, en base a informes del INSS y sentencias judiciales.

I.P.T.=Incapacidad permanente Total; I.P.A=Incapacidad Permanente Absoluta; G.I =Gran Invalidez.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 31](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### OBJETIVO 31.

Para el año 2000, la incidencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, habrá descendido en un 10 %, en los menores de 65 años.

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

Alrededor del 9% de los españoles adultos entre 40 y 69 años padecen algún tipo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pero ocho de cada diez no están diagnosticados a pesar de tratarse de problemas de salud cuyos efectos a medio plazo en el organismo de los afectados son a menudo letales según el reciente estudio IBERPOC (1996-97). El trabajo realizado en 7 provincias españolas destaca también la gran variabilidad geográfica observada ya que ha detectado prevalencias que van desde 4,9% hasta el 18%. Se presenta la hospitalización habida en los hospitales del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea por motivo de patología respiratoria crónica.

#### Hospitalizaciones según diagnóstico principal por patología respiratoria crónica en los hospitales del SNS-O. 1996-99

CIE		1996	1997	1998	1999
490	Bronquitis no especificada	9	20	20	14
491	Bronquitis crónica	40	70	152	118
492	Enfisema	31	64	43	43
493	Asma	176	203	231	222
494	Bronquiectasia	11	16	23	32
495	Alveolitis alérgica extrínseca	1	1	1	0
496	Obstrucción crónica no clasificada, otros	96	73	29	27
TOTAL		364	447	499	456

Fuente: CMBD del SNS-O

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 32](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 32.

Para el año 2010, la incidencia de Cáncer de Pulmón, habrá descendido en un 20% para los menores de 65 años.

**Evolución de la incidencia de cáncer de Pulmón en hombres menores de 65 años.**

	Casos anuales		población <65 años	tasas <65 años por 100.000	Respecto a 83-87	Respecto a 1990
	todas las edades	<65 años				
<b>1.983-87</b>	151	67	444.345	15.08	100,0	
<b>1990</b>	197	86	440.862	19.50	129,3	100,0
<b>1994</b>	223	93	438.157	21.22	140,7	108,8

Fuente: ISP

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

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 33](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### **OBJETIVO 33.**

**Para el año 1995, se deberá reducir la morbi-mortalidad intra y perinatal, con un adecuado seguimiento de la diabetes gestacional.**

Se ha elaborado un protocolo sobre Diabetes Gestacional conjuntamente entre el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HVC y el Servicio de Endocrinología del HNA.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 34](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### OBJETIVO 36.

Para 1995, no se deberá producir ningún caso de saturnismo de origen laboral.

Desde 1990 a 1999 en número de partes de enfermedad profesional declarados por las empresas con diagnóstico de saturnismo ha sido 6, que se correspondían con 4 trabajadores diferentes.

#### Partes declarados con saturnismo. Navarra 1990-99

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Saturnismo		2		1*		1*		1*		1	6

Fuente: INSL

\*Corresponden al mismo trabajador

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 37](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### OBJETIVO 37.

Para 1995, no se deberá producir ningún caso de silicosis de origen laboral.

Los partes de enfermedad profesional declarados por las empresas desde 1990 a 1999 con diagnóstico de silicosis, han sido 9 que han acontecido en 8 trabajadores diferentes.

#### Partes declarados con silicosis. Navarra 1990-99

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Silicosis	2	2				1	2*	1	1		9

Fuente: INSL

\*Corresponden al mismo trabajador

En 1999 se inició la realización de exámenes de salud específicos a los trabajadores que hubieran estado trabajando en alguna industria con manipulación de amianto. El número absoluto de trabajadores censados con historia laboral de exposición al amianto es de 1.811.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVOS 38-39](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### OBJETIVO 38.

Para el año 1995, el 60 % de la población ocupada estará incluida en programas de vigilancia de la salud en relación con los riesgos laborales.

### OBJETIVO 39.

Para el año 2000, el 100 % de la población ocupada estará incluida en programas de vigilancia de la salud en relación con los riesgos laborales.

La población asalariada atendida por un Servicio de Prevención de Riesgos laborales a 31 de Diciembre de 1999 era de 44.432 trabajadores. Esta población representa el **24%** de los trabajadores asalariados de Navarra.

<b>Población asalariada a 31.12.99</b>	<b>170.545</b>
Atendidos por Servicio de Prevención Propios*	33.669
Atendidos por Servicio de Prevención Ajenos	10.763
Total atendidos	44.432

\*reconvertidos de los antiguos servicios médicos de empresa.  
Fuentes: Diagnóstico de Salud Laboral 1.997-99, en elaboración y Servicio de Estadísticas de Protección Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 40](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)



## OBJETIVO 40.

**Para el año 2000, la tasa de incidencia de incapacidad permanente por accidentes de circulación, habrá disminuido en un 50 %.**

Se dispone de información referida a 1999 proveniente del Registro de Incapacidad Permanente del Instituto Navarro de Salud Laboral. Ese año los accidentes no laborales fueron causa de 24 reconocimientos de incapacidad permanente de un total de 909 trabajadores reconocidos en alguna de las siguientes categorías: Incapacidad permanente Total, Absoluta y Gran Invalidez, lo que supone el 2,6% del total.

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

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

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

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 41](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 41.

Para el año 2000, habrá aumentado en un 10 % la población que percibe de forma satisfactoria su estado de salud.

- Un 77% de la población considera que su estado de salud en los doce meses anteriores a la entrevista ha sido bueno, un 19% regular y un 4% malo.
- **No hay diferencias con respecto a la encuesta de salud de 1991**
- Hay diferencias por **género** con una percepción de la salud peor por parte de las mujeres; con un 74% considerando su salud como buena frente a un 81% de los hombres.
- Por **edad** sólo hay diferencias con respecto al grupo de los mayores de 65 años que relatan un estado menos bueno. (58% de estos frente al 87% de los más jóvenes)

**Percepción del estado de salud en los últimos 12 meses en las encuestas de salud de 1991 y 2000.**

	<b>Encuesta 2000</b> n=1507 % [IC 95%]	<b>Encuesta 1991</b> n=1639 % [IC 95%]
<b>Bueno</b>	77% [74 a 79]	74% [72 a 76]
<b>Regular</b>	19% [17 a 21]	21% [19 a 23]
<b>Malo</b>	4% [ 3 a 5]	5% [ 4 a 6]
<b>Total</b>	100	100

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 42](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 42.

Para el año 2000, el 80 % de los tumores de mama diagnosticados lo será en el estadio I.

Seguimiento del objetivo al año 1994 (fecha de cierre del Registro de Cáncer) Base año 1990 inicio del programa de detección precoz de cáncer de mama

<b>Año 1990</b>	<b>Todas las edades</b>	<b>%</b>	<b>Edad 45-64</b>	<b>%</b>
Estadio 1	61	25,10	38	30,65
Resto	182	74,90	86	69,35
Total	243	100	124	100
<b>Año 1994</b>	<b>Todas las edades</b>	<b>%</b>	<b>Edad 45-64</b>	<b>%</b>
Estadio 1	47	21,36	29	31,52
Resto	173	78,64	63	68,48
Total	220	100	92	100

Fuente: ISP

**Comentario:** Considerando el total de mujeres diagnosticadas cada año utilizando el registro de Cáncer de Navarra como fuente, el porcentaje de tumores diagnosticados en el estadio 1, se ha mantenido constante en el breve periodo estudiado (1990 y 1994), tanto considerando el total de tumores (25 y 21%) como los diagnosticados a las mujeres de 45 a 65 años (31% en ambos años). Ahora bien, si nos referimos a la población atendida por el programa de detección precoz del cáncer de mama, donde aproximadamente se diagnostican 100 nuevos casos de cáncer al año (de un total de 240 nuevos diagnósticos), el porcentaje de mujeres diagnosticadas en estadios igual o inferior a 1 es aproximadamente del 65%.

<b>Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama</b>				
	<b>1ª vuelta</b>	<b>2ª vuelta</b>	<b>3ª vuelta</b>	<b>4ª vuelta</b>
Fecha de finalización	jul-92	jul-94	jul-96	jul-98
Tumores detectados	289	178	178	215
Estadio 0 (In situ) (%)	16,5	14,9	26,2	20,6
Estadio I (%)	46,99	47,73	37,72	48,62
<b>Estadio 0 o 1 (%)</b>	<b>63,49</b>	<b>62,63</b>	<b>63,92</b>	<b>69,22</b>

Fuente: ISP

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 47](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 47.

Para el año 2000, habrá tenido aplicación, en todos sus extremos, la Ley de eliminación de barreras físicas.

### **La política del gobierno de navarra en materia de accesibilidad**

Desde 1981, fecha del acuerdo del Parlamento Foral para la eliminación de las barreras arquitectónicas, y al amparo de la legislación vigente, cuya última expresión ha sido la Ley Foral 7/1995, de 4 de abril, reguladora del régimen de libertad de acceso, deambulación y permanencia en espacios abiertos y otros delimitados, correspondientes a personas con disfunción visual total o severa y ayudadas por perros-guía, el Gobierno de Navarra ha fomentado una serie de iniciativas para la aplicación de la norma y la consecución de la accesibilidad, así como para la revisión y mejora de la propia normativa (por ejemplo, en lo referente a las barreras de comunicación).

Entre las primeras iniciativas cabe destacar:

a. En materia de supresión de barreras arquitectónicas.

1.- La realización de un estudio sobre la repercusión del proyecto de Ley Foral sobre barreras físicas y sensoriales en los edificios, servicios e instalaciones dependientes del Gobierno de Navarra destinados a prestar un servicio público (1986).

2.- La implantación en los centros dependientes de la administración foral, que a fecha de 1994 afectaban a 38 edificios por un importe total de algo más de 500 millones, y que hoy sigue vigente.

3.- La política de subvenciones a inversiones tanto en materia de servicios sociales como en rehabilitación de viviendas.

b. En materia de supresión de barreras urbanísticas.

La política de promoción de estudios para la supresión de barreras urbanísticas, con la realización durante el periodo 1994-96 del estudio de accesibilidad del casco urbano de Pamplona.

### **Limitaciones para la actuación del Gobierno de Navarra en materia de supresión de barreras urbanísticas.**

Dado que son las administraciones locales las competentes en la

planificación de la supresión de barreras urbanísticas, así como en la evitación de las mismas en los nuevos proyectos de urbanización, las actuaciones del Gobierno de Navarra en esta materia se encuentran limitadas a:

- a. La aplicación de la norma a los planes de urbanización promovidos por el GN, como ha sido el caso de Mendillorri.
- b. La realización de estudios que desarrollen herramientas metodológicas para la planificación de la supresión de las barreras urbanísticas en cualquier municipio de la Comunidad Foral, como ha sido el caso del estudio sobre barreras urbanísticas en Pamplona (1996) anteriormente citado.
- c. Una política de subvenciones a las administraciones locales en esta materia.

Sin embargo, para que las actuaciones por parte del Gobierno de Navarra para la promoción de estudios y planes municipales de supresión de barreras urbanísticas sean efectivas, es necesario que las administraciones locales se comprometan y los pongan en práctica, dado que son los únicos competentes para ello.

Tras una evaluación de la experiencia aplicada a Pamplona observamos que, si bien se han desarrollado bastantes actuaciones de supresión de barreras –a través de concursos públicos de adjudicación de obras o a cargo del Programa de Empleo Social-, éstas se han realizado al margen de toda planificación y sin utilizar el recurso metodológico que el Gobierno de Navarra que el Gobierno de Navarra puso a su disposición.

Por otra parte, las actuaciones de supresión de barreras no siempre significa la consecución de la accesibilidad. Así, sólo un 30% aproximado de los pasos peatonales ejecutados en Pamplona a partir de la entrada en vigor de las normas eran accesibles en 1995.

Por último, se da la circunstancia que hace más necesario si cabe el compromiso por parte de las administraciones locales, y es la posibilidad de que éstas puedan obtener hasta un 66% de la financiación de los estudios de accesibilidad y la ejecución de las obras anuales de supresión de barreras a través del convenio IMSERSO-ONCE, siempre y cuando:

- a. Exista un plan municipal de supresión de barreras que planifique las obras a realizar cada año.
- b. La administración local presente un acuerdo del Pleno o de la comisión correspondiente de la Corporación Local para la realización del proyecto
- c. La administración local acredite la consignación

presupuestaria.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 48](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## **OBJETIVO 48.**

**Para el año 1995, el 80 % de los recién nacidos serán captados en actividades de atención domiciliaria.**

Actividad normalizada en los Centros de Salud. Incluida como servicio nº 37 en la cartera de servicios de atención primaria, con carácter básico. En 1998 el 92% de los equipos de atención primaria tenían implantado el servicio con los correspondientes requisitos.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 49](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)



## OBJETIVO 49.

Para el año 2000, la prevalencia de la obesidad no debería superar el 3'5% entre la población infanto-juvenil y el 18% entre la población de más de 30 años.

Se dispone de información de los adultos procedente de la encuesta de salud 2000. Según esta, sólo el 47,9% de la población mayor de 30 años estaría con un índice de Masa Corporal (peso en relación con la altura) inferior a 25, es decir sin llegar a la categoría de sobrepeso (índice entre 25 y 30) en la que estaría el 40,7% de la población. En la categoría de los obesos (IMC superior a 30) estaría el 11,4% de la población. En la categoría de obesos la proporción de hombres y de mujeres es bastante parecida. Pero por cada mujer con sobrepeso hay casi dos mujeres sin sobrepeso, mientras que en los hombres la relación es casi a la inversa.

### Categorías del Índice de Masa corporal en Mayores de 30 años.

	I.M.C.	Total	Hombres	Mujeres
Sin sobrepeso	< 25	47,9	35,4	59,2
Solo sobrepeso	> 25 y < 30	40,7	50,9	31,5
Con obesidad	> 30	11,4	13,7	9,3
Total		100	100	100

I.M.C. = Kilogramos / metros al cuadrado.

Fuente: [Encuesta de Salud de Navarra 2000.](#)

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 52](#)

[planificacion.evaluacion@cnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cnavarra.es)

## OBJETIVO 52.

Para el año 2000, al menos el 60 % de las personas entre 60 y 75 años, tendrán la posibilidad de participar en actividades de paseo y/o gimnasia de mantenimiento.

Con carácter general, no se han desarrollado actuaciones en este sentido. Si bien, diferentes Centros de Salud y Ayuntamientos han organizado actividades de gimnasia para su población de más edad.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 54](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## OBJETIVO 54.

Para el año 2000, se atenderá a domicilio al 8% de la población mayor de 65 años.

La atención domiciliaria se dirige a dos tipologías de usuarios / necesidades. Las personas incapacitadas y por tanto con gran dificultad para acceder al Centro de Salud y los pacientes en la fase final de su vida. Para ambas situaciones la [cartera de servicios de atención primaria](#) dispone de servicio normalizado y que según la evaluación realizada respecto a la actividad de 1999, resulta:

**Atención a personas con discapacidad**, servicio implantado en 43 zonas básicas y accesible para el 80% de la población de Navarra. Da atención al equivalente del 7,9% de la población mayor de 65 años, allí donde está implantado.

**Atención a Terminales**: servicio implantado en 32 zonas básicas y accesible para el 60,3% de la población de Navarra. Da atención, allí donde está implantado, al 32,2% de la población que anualmente fallece en Navarra.

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## 1.- APOYO SOCIAL:

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

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

Para tales fines, se han realizado diferentes actividades entre las que destacan: El inventario de recursos y asociaciones relacionados con la salud en 1993 que dio lugar a la "Guía de organizaciones Comunitarias relacionadas con la salud"; y un "Manual para el funcionamiento de grupos de ayuda mutua" en colaboración con el Ayuntamiento de Barcelona.

Desde 1995 se realiza una convocatoria anual de concesión de subvenciones para la realización de acciones y programas que tengan como objetivo el desarrollo de asociaciones de auto ayuda y la puesta en marcha de programas de salud, que complementen las actividades del Departamento de Salud y sus organismos autónomos.

Según la finalidad de la actividad a desarrollar por la entidad local, institución, fundación o asociación, los ámbitos de actuación que considera la convocatoria son los siguientes: Desarrollo de programas de promoción de la salud y/o relaciones de auto ayuda; Desarrollo de programas de prevención comunitaria y planes municipales de drogodependencias; Desarrollo comunitario y programas de trabajo en relación con la infección por VIH-Sida, y Desarrollo de programas de prevención de otras conductas de riesgo.

Los problemas considerados como prioritarios en la última convocatoria (1999) son:

- Prevención y promoción de la salud frente a conductas de riesgo
- Promoción de hábitos saludables de vida
- Promoción de salud orientada a colectivos específicos
- Aquellos que fomenten la participación comunitaria
- Prevención e inserción en drogodependencias
- Promoción de la salud en relación con la infección por VIH-Sida.

Desde 1995 la cantidad económica dedicada a estas ayudas ha crecido un 175%. Se dedicaron en el año 2000 aproximadamente 200 millones de pesetas.

### AYUDAS PARA PROGRAMAS DE SALUD A ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO 1995-2000

PERÍODO 1995-2000 (En miles de pesetas)	
TIPOS DE AYUDA	VARIACION (%)
	1995-2000
<b>1. Prevención Drogodependencias</b>	
1.1. ONGs	150,6
1.2. Ayuntamientos	405,1
<b>2. Prevención SIDA</b>	59,4
<b>3. Prevención y Promoción de Salud</b>	176,7
<b>4. Minorías Etnicas</b>	173,8
<b>5. Podología (5)</b>	1197,2
<b>6. Otros Programas de Salud</b>	139,8
<b>TOTAL AYUDAS</b>	<b>175</b>

## 2.- EDUCACION Y SALUD

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

dos Departamentos, para el desarrollo de la promoción y educación para la salud en el ámbito escolar en el marco del desarrollo de la LOGSE. En los últimos años se han centrado fundamentalmente en a) el programa de salud y desarrollo personal en la adolescencia, cuyos ejes son la capacitación del profesorado, la edición y distribución de materiales de apoyo. y b) el programa de escuelas de promotoras de salud.

Desde la Sección de promoción de salud del Instituto de Salud Pública se han desarrollado diferentes líneas de trabajo en materia de educación para la salud. Todas las actividades se presentan en diversas publicaciones que recogen las actividades desde 1987-1997.

En esta década el trabajo educativo se agrupa en 4 tipos de estrategias o tipos de actuaciones, como son información y consejo, educación para la salud individual y grupal y promoción de la salud.

## 2.1. Información y Consejo

Durante todos estos años, profesionales de todas las profesiones y de todos los Equipos de Atención Primaria han ofrecido información sanitaria a sus usuarias y usuarios, integrada en las actividades asistenciales, aprovechando la oportunidad que les brinda la consulta o la visita domiciliaria. Esta información se centra fundamentalmente en el tipo y las características de la enfermedad que se diagnostica, en el tratamiento, en los autocuidados y los recursos disponibles, etc.

Poco a poco, muchas veces impulsado por el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), un cierto número de profesionales van añadiendo temas e incorporando a su práctica profesional, desde una perspectiva más preventiva, la información/consejo sobre distintos factores y situaciones o prácticas de riesgo en la infancia, personas adultas, salud mental, etc. En 1995 el Programa de Ayuda al Fumador en Atención Primaria propuso como nivel básico de intervención el consejo sistematizado y apoyó su generalización a todos los Centros de Salud. También en 1995 desde el Programa del SIDA se elaboraron protocolos y se llevó a cabo formación en este tema.

## 2.2. Educación para la salud individual

Tanto la educación para la salud individual como grupal se ha ido incorporando como propuestas en los distintos programas marco (etarios y de género), con el tiempo este tipo de actividades se han visto incluidas en los variados protocolos y programas incorporados a los servicios sanitarios, principalmente en atención primaria. A lo largo del decenio la actividad ha ido transformándose desde una orientación o modelo informativo a otro de carácter más educativo.

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

Si bien es una actividad generalizada e integrada en las actividades generales de los servicios sanitarios, allí donde actúan (en el centro o en el domicilio) la educación para la salud entendida como un conjunto de sesiones organizadas, utilizando recursos y técnicas específicas, se realiza de forma restringida y más frecuentemente por parte de enfermería

## 2.3. Educación para la salud grupal

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

Todos los estamentos profesionales trabajan en la Educación para la salud grupal, pero la implicación de trabajo social y enfermería es mayor. Es importante señalar la cada vez mejor coordinación con otros servicios sociosanitarios y organismos de la comunidad, sobre todo en aquellos proyectos más relacionados con la prevención y la promoción de la salud.

### Proyectos de educación para la salud con grupos realizados en Navarra 1987-97.

Población Diana	N proyectos
Mujer	316
Infancia/escuela	101
Adultos	56
Procesos crónicos	49
Ancianos	26
Minorías Etnicas	17

## 2.4 Promoción de la salud

Con respecto a promoción de la salud (entendida como actividades y proyectos que utilizan diferentes estrategias o métodos de la Promoción de Salud no específicamente educativos) se han desarrollado en la década citada las siguientes actividades:

- Información/comunicación (campañas en medios, jornadas, folletos, carteles...) sobre distintos temas: verano y salud, envejecer, gripe, catarros y resfriados, la prevención de VIH/SIDA, tabaco y otros temas, dejar de fumar, el juego y el juguete, voluntariado, compartir cuidados, etc.
- Canalización de las relaciones entre el centro de salud y el centro escolar.
- Acción comunitaria, incluyendo actividades de apoyo social, voluntariado...
- Medidas políticas, fundamentalmente municipales, en temas como espacios sin humo, prevención de accidentes infantiles, medio ambiente y basuras, acceso a instrumentos para la prevención, etc.

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

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

Entre los **materiales elaborados**, los más importantes para la puesta en marcha de proyectos grupales son los de apoyo a los profesionales para la programación, que facilitan contenidos y actividades educativas diseñadas en las que basarse. En este período, los materiales de este tipo elaborados han sido: Guía educativa para promover la salud de las personas con enfermedades crónicas, Guía de Educación Parental para trabajar con madres y padres, Guía de Salud y Desarrollo personal para trabajar con adolescentes, En la madurez...Guía para promover la salud de las mujeres, Protocolos para ayudar a dejar de fumar, y el último que sale a la luz hoy Educar en salud, que recoge 14 experiencias-tipo de EpS grupal llevadas a cabo en estos 12 años desde los Centros de Salud en colaboración con otros servicios y organismos comunitarios.

## 3.- PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES: NUTRICIÓN EQUILIBRADA, ACTIVIDAD FÍSICA, SEXUALIDAD SALUDABLE, ETC.

### Actividad Física

Se proponía incrementar el número de personas que hacen ejercicio físico de forma regular. En esta década ha aumentado la prevalencia de personas que realizan actividad física en tiempo de ocio en las personas mayores de 45 años, no produciéndose modificaciones en los adultos jóvenes.

### Prevalencia de actividad física en tiempo de ocio en Navarra en 1991 y 2000 por grupos de edad (%)

	1991	2000
18-40 años	41	46
41-64 años	35	46
65 y más	30	42
Total	37	45

#### 4.- DISMINUCIÓN DE COMPORTAMIENTOS PERJUDICIALES: TABACO, ABUSO DE ALCOHOL, FÁRMACOS Y OTROS TÓXICOS.

##### Tabaco:

El Plan de Salud de Navarra de 1991, proponía en los objetivos de Salud para el año 2000, reducir el consumo de tabaco al 25% de la población adulta y al 40% de la juventud.

En el grupo de adultos (más de 25 años) la prevalencia del consumo habitual es del 30%, más de lo establecido en su momento en el plan. El consumo entre jóvenes de 16 a 25 años es de un 42% (IC 95% 35,7 a 47,9) según la encuesta 2000.

##### Prevalencia del consumo de tabaco en 1991 y 2000 (mayores de 16 años) en %.

	1991	2000
Nunca ha fumado	41	39
Ex fumador	16	20
Fumador ocasional	9	9
Fumador Habitual	34	32

Fuente: Encuestas de salud 1991 y 2000

##### Prevalencia del consumo habitual de tabaco por edad y género en 1991 y 2000 en Navarra (%)

	Hombres		Mujeres	
	1991	2000	1991	2000
<b>16-24</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>47</b>	<b>43</b>
<b>25-44</b>	<b>55</b>	<b>46</b>	<b>42</b>	<b>35</b>
<b>45-64</b>	<b>38</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>24</b>
<sup>3</sup> <b>65</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>39</b>	<b>25</b>	<b>26</b>

Fuente: Encuestas de salud 1991 y 2000

##### Distribución de la población fumadora habitual en Navarra en 1991 y 2000

	1991	2000
Consumo moderado (1-11 cigarrillos)	43	49
Consumo excesivo (11-20 cigarrillos)	44	40
Gran fumador ( $\geq 21$ )	12	11

Fuente: Encuestas de salud 1991 y 2000

El programa de tabaco, se ha desarrollado en la sección de promoción de Salud, dentro del Instituto de salud Pública. En el último decenio el programa se ha centrado en tres grandes líneas:

1. Medidas desde el entorno escolar sobre la prevención del consumo en la infancia y la adolescencia, enmarcadas en la educación para la salud.
2. Promoción del abandono del consumo del tabaco entre las personas que fuman y la ayuda a las personas que quieren dejar de fumar a través de los servicios sanitarios

- Promoción de espacios públicos sin humo de tabaco para prevenir el tabaquismo pasivo, proteger los derechos de quienes no fuman y promover el fumar como la norma social deseable.

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

Con relación al punto dos "ayuda al abandono del consumo" se han desarrollado dos líneas de actuación: de ayuda a dejar de fumar dirigido a grupos de profesionales de salud y educación, en colaboración con los Colegios Oficiales de médicos y de enfermería de Navarra, el Instituto de Salud Laboral y la Sociedad de Medicina y Enfermería del Trabajo y el Departamento de Educación. Hasta la fecha se han desarrollado cuatro convocatorias en las que ha participado 400 profesionales. El otro eje del programa se oferta tras su aprobación como Orden foral de 8 de agosto de 1994. Este programa se oferta en los Centros de salud y de Salud Laboral. Se inició en Atención Primaria en 1995 con dos niveles de intervención: básico e intensivo. El nivel básico se realiza en todos los centros de salud y algunas farmacias, y, consiste fundamentalmente en una pregunta sistemática que se realiza en consulta sobre el consumo de tabaco, el consejo de abandono a las personas que fuman, y la oferta de folleto explicativo a las personas que desean dejar de fumar. El nivel intensivo se empezó implantando en tres centros de salud, y actualmente (1999) se desarrolla en 33 de ellos (60%). Proporciona un plan de abandono individual o grupal a cualquier persona que desee dejar de fumar y precise ayuda e incluye la financiación de un tercio del tratamiento con sustitución de nicotina. Se estima que en estos cinco años han entrado en programa alrededor de mil personas. Además desde 1997 se desarrolla un programa similar en diferentes empresas.

Se ha aprobado la siguiente normativa de apoyo.

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

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

### **Abuso de alcohol, fármacos y otras sustancias tóxicas**

Con respecto al consumo de alcohol se contemplaban como objetivos:

- Reducir el consumo de alcohol per cápita, reduciéndolo en al menos un 20% para el año 2000
- Parar el ascenso de consumo de alcohol en mujeres
- Reducir en al menos un 20% la proporción de hombres que beben más de 20 unidades estándar de alcohol a la semana y la proporción de mujeres que consumen más de 14 unidades estándar de alcohol a la semana.

El consumo de alcohol en mujeres no se ha modificado, pues en 1991 y 2000 la prevalencia de consumidoras es similar (19%). Tampoco se ha modificado la cantidad de alcohol consumida por las bebedoras habituales.

### **Prevalencia del consumo de alcohol (mayores de 16 años) en 1991 y 2000 en Navarra (%).**

	1991	2000
<b>Abstemio</b>	<b>13</b>	<b>19</b>



<b>Ex bebedor</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Bebedor ocasional</b>	<b>42</b>	<b>35</b>
<b>Bebedor habitual</b>	<b>40</b>	<b>40</b>

Fuente: Encuesta de salud de Navarra 1991 y 2000.

### Prevalencia del consumo habitual de alcohol por edad y género en 1991 y 2000 en Navarra (%)

	Hombres		Mujeres	
	1991	2000	1991	2000
<b>16-24</b>	<b>60</b>	<b>57</b>	<b>31</b>	<b>34</b>
<b>25-44</b>	<b>68</b>	<b>52</b>	<b>20</b>	<b>17</b>
<b>45-64</b>	<b>59</b>	<b>58</b>	<b>15</b>	<b>19</b>
<b>3 65</b>	<b>53</b>	<b>41</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>52</b>	<b>19</b>	<b>19</b>

### Prevalencia de consumo excesivo en 1991 y 2000 en Navarra en %.

	1991	2000
<b>Sobre el total de bebedores</b>	<b>4,2</b>	<b>2,8</b>
<b>Sobre el total de población</b>	<b>2,8</b>	<b>1</b>

En 1994 se elabora y aprueba el Plan de Drogodependencias. El Plan establece tres líneas de trabajo:

1. Prevención desarrollada en diferentes ámbitos como el escolar, el comunitario y otros
2. Asistencia socio-sanitaria en los centros de salud mental con programas específicos como el de mantenimiento de metadona; y
3. Incorporación social.

Más información en <http://www.cfnavarra.es>

[Volver a Estrategias](#)

## **I - INTRODUCCIÓN:**

El Plan de Salud de Navarra incorporó, previa adaptación a la situación y circunstancias específicas de nuestra comunidad, los objetivos de "Salud para todos en el año 2000" en materia de protección de la salud planteados por la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, a la vez que, mediante estos objetivos, se pretendía dar contenido, mediante acciones concretas, al derecho de los ciudadanos de Navarra a un medio ambiente saludable y a la protección de la salud, derechos reconocidos en la Ley Foral de Salud.

Este planteamiento responde al reconocimiento de la estrecha relación existente entre la salud humana y el medio en que ésta se desenvuelve (medio entendido en su sentido más amplio, incluyendo el medio físico, laboral, social, económico y cultural) ya que la salud y el bienestar exigen un medio limpio y adecuado para el desarrollo de la vida atribuyendo a los factores determinantes la importancia que realmente tienen.

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

Los condicionamientos previos que se han descrito, las limitaciones y los déficits de los sistemas de información en materia de protección de la salud así como las dificultades existentes para su acceso, los importantes cambios habidos en la situación del medio desde la formulación del Plan (aparición de enfermedades emergentes relacionadas con los cambios habidos en el medio ambiente como la utilización de residuos de carnes en alimentación animal, incineración de residuos, alimentos modificados genéticamente, etc. ) y el avance en el conocimiento de las relaciones de la salud con el medio gracias al desarrollo de la toxicología y epidemiología ambiental y laboral y de la evaluación de riesgos para la salud ponen de manifiesto las dificultades encontradas para la valoración del cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud de 1991 en materia de Protección de la Salud, valoración que, necesariamente, será descriptiva y cualitativa.

## **II - DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN Y VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD:**

Seguidamente se describen los objetivos y la situación existente en nuestra Comunidad en cuanto a su consecución. Estos objetivos se relacionaban en el capítulo V.2.3. del Plan.

### **II.1.- Políticas medioambientales:**

Los objetivos planteados por el Plan se refieren al logro de una normativa integral en las diversas áreas del medio ambiente y a la implantación del Programa de Atención al Medio en todas las Zonas Básicas de Salud.

El desarrollo más amplio de las políticas medioambientales habido en la Comunidad de Navarra se refiere al ámbito normativo, en el que se han aprobado reglamentos importantes en materia de residuos , ( Ley Foral de la gestión de los residuos especiales, normas sobre residuos sanitarios y peligrosos) uso y distribución de plaguicidas, adecuación de la normativa sanitaria de piscinas, regulación de la distribución y venta de medicamentos veterinarios, destrucción de residuos animales de alto riesgo y creación del registro y desarrollo del control de establecimientos alimentarios.

La profundización en la integración Europea hace que cada vez sea mayor la importancia de las normas comunitarias y su transposición estatal en el marco normativo concreto de la protección del medio ambiente, la prevención de los riesgos laborales y la seguridad alimentaria. Estas normas de ámbito superior enfatizan en el abordaje integrador, global, interregional e interdisciplinar de la protección de la salud humana, como es el caso de las normas de prevención de los riesgos laborales, los problemas globales de la producción y consumo de alimentos y la contaminación del

agua, de la atmósfera y la gestión integral de los residuos.

En cuanto a la implantación del Programa de Atención al Medio en las estructuras de Atención Primaria de Salud, puede afirmarse que muy poco se ha avanzado en este sentido manteniéndose muy bajo el protagonismo y la actividad de ese nivel de atención sanitaria en este campo como consecuencia, sin duda, de la orientación de sus recursos hacia la actividad asistencial y preventiva clínica como consecuencia del incremento de la demanda de la población.

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

## **II.2.- Agua.**

### **II.2.1.- Agua de abastecimiento público.**

La ejecución de los sucesivos Planes Directores de aguas de abastecimiento público, las ayudas públicas, el aumento de la implantación geográfica y poblacional de las mancomunidades de aguas a la que antes nos hemos referido, la progresiva implantación de sistemas de tratamiento de agua mediante desinfección y tratamientos más complejos y la progresiva implantación del autocontrol de la calidad del agua servida por las entidades responsables del suministro del agua, han sido las actuaciones más destacadas en este sector.

Se constata una evidente mejora en la calidad del agua de abastecimiento público que nos aproxima al logro de los objetivos del Plan de Salud, es decir, 95 % de la población con sistema de desinfección del agua de bebida (actualmente se supera el 92 %) y al menos el 92 % de la población recibe siempre el agua de calidad potable (actualmente aproximadamente el 90 %).

El mayor problema existente en la actualidad se concreta en las pequeñas localidades y zonas geográficas de población muy dispersa que no disponen de las infraestructuras y medios técnicos necesarios para la gestión idónea del sistema de abastecimiento de agua potable. En este sentido es necesario destacar el esfuerzo realizado por la administración sanitaria para conseguir que todos los sistemas públicos de abastecimiento de agua dispongan de un sistema de tratamiento mínimo de desinfección por cloración. En los años de vigencia del Plan Foral de Salud, se han subvencionado a las entidades locales proveedoras distribuidoras de agua potable un total de 58 millones de ptas. para la adquisición e instalación de estos equipos.

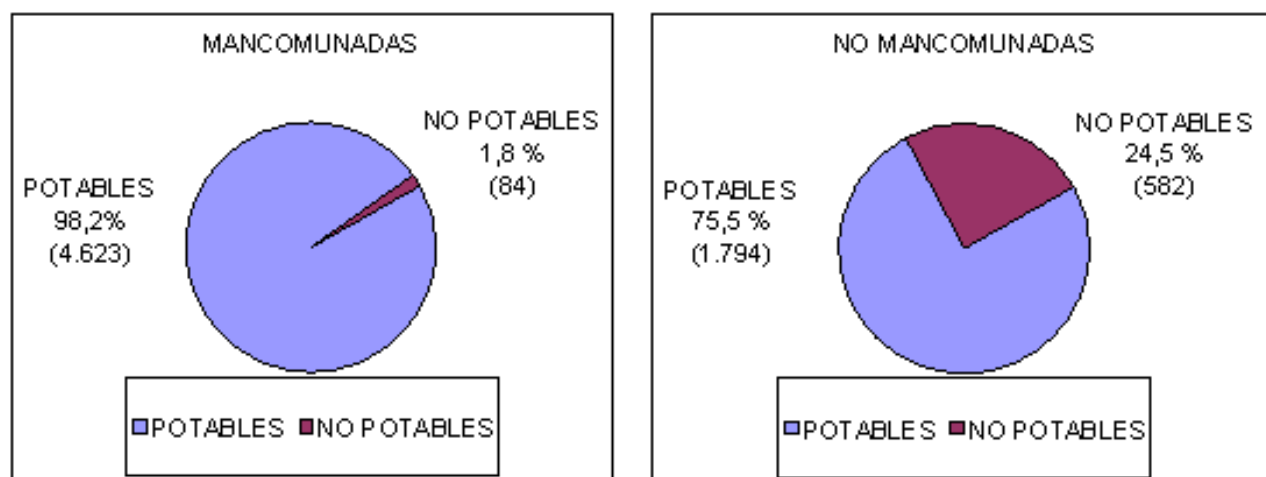
**Tabla1.- Resultados de los controles analíticos de las aguas de consumo de Navarra realizados por el Instituto de Salud Pública el año 1999:**

	<b>POTABLES</b>	<b>NO POTABLES</b>	<b>SIN CALIFICAR</b>	<b>TOTALES</b>
ORIGEN	3	20	4	27
SALIDA TRATAMIENTO	310	38	6	354
RED	1.325	544	26	1.895
ABASTECIMIENTOS PARTICULARES	11	34	5	50
FUENTES	34	31	6	71
NATURALES	0	0	12	12

**Tabla 2.- Resultados globales del control analítico de las aguas potables de consumo público de Navarra en Red de distribución o salida de tratamiento el año 1999.**

NO MANCOMUNADAS O MANCOMUNADAS	Nº LOCALIDADES CONTROLADAS	Nº HABITANTES CONTROLADOS	Nº TOTAL ANÁLISIS	Nº POTABLES	%	Nº NO POTABLES	%
No mancomunadas	389	110.716	2.376	1.794	75,5	582	24,5
Junta de Aguas de Tudela	3	28.949	365	360	98,6	5	1,4
Mancomunidad Arratoz	2	1.065	33	32	97,0	1	3,0
Mancomunidad Cascante - Cintruénigo-Fitero	3	11.068	152	143	94,1	9	5,9
Mancomunidad Mairaga	17	16.346	943	940	99,7	3	0,3
Mancomunidad Moncayo	9	18.614	296	260	87,8	36	12,2
Mancom. Montejurra	68	44.427	781	773	99,0	8	1,0
Mancom. Pamplona	121	251.917	1.686	1.676	99,4	10	0,6
Mancom. Sakana	20	13.133	262	253	96,6	9	3,4
Mancom. Valdizarbe	24	10.375	189	186	98,4	3	1,6
TOTAL	656	506.610	7.083	6.417	90,6	666	9,4

**Gráfico1.- El siguiente gráfico da una idea clara de la superior eficacia de las mancomunidades respecto a las localidades aisladas para dar un servicio público de calidad**



### II.2.2.- Aguas residuales:

El desarrollo progresivo del Plan Director de las Aguas residuales de Navarra con inversiones globales en el periodo 1989 a 1999 de importe global de 14.285 millones de pesetas ha permitido la implantación de un total de 46 plantas depuradoras en otros tantos núcleos de población (situación de las depuradoras en mapa1) y la actuación concreta de la implantación del tratamiento secundario en la depuradora de Arazuri han permitido alcanzar una elevada cobertura poblacional del tratamiento de las aguas residuales urbanas (77% de los vertidos urbanos cuentan con tratamiento biológico).

Como problemas pendientes hay que referirse a la necesidad de desarrollar en su totalidad el Plan

Director incorporando sistemas de tratamiento de mayor rendimiento en la eliminación de microorganismos ya que es escasa la eficacia sanitaria de los tratamientos que actualmente se implantan. Un problema urgente es la falta de criterios sanitarios para la reutilización de las aguas tratadas pese a la creciente presión social existente para el reciclaje de las aguas depuradas como consecuencia de la escasez de este recurso.

### II.2.3.- Aguas recreativas.

La evolución de la calidad del funcionamiento de las instalaciones de baño en las piscinas de uso público ha sido francamente positiva durante los años de desarrollo del Plan. A ello ha contribuido tanto el esfuerzo del sistema sanitario público mediante inspecciones, controles (ver tabla nº 3) y asesoría técnica, así como la política de subvenciones destinadas a la mejora de las instalaciones de las piscinas de uso público.

**Tabla 3.- Control sanitario de las piscinas de uso público de Navarra durante el año 1999**

	<b>TOTALES</b>
INSTALACIONES CONTROLADAS	209
Nº DE VASOS CUBIERTOS CONTROLADOS	13
Nº DE VASOS DESCUBIERTOS CONTROLADOS	419

Se excluyen las instalaciones del término de Pamplona que se controlan por los servicios sanitarios del Ayuntamiento de Pamplona por delegación de la Administración de la Comunidad Foral del año 1996.

La evolución de la calidad de las aguas de baño naturales, si bien de una escasa utilización en nuestra Comunidad, no es tan positiva, ya que como se ha explicado en el punto anterior, la depuración de las aguas residuales urbanas es de escasa eficacia sanitaria y existe un gran número de focos contaminantes dispersos que producen una incidencia muy negativa en la aptitud de las aguas naturales para el baño. (En mapa 2 se recoge la calificación de las zonas de baño naturales el año 1999)

### I.3.- Calidad Atmosférica.

En este apartado deben distinguirse los niveles locales, regionales y globales así como la contaminación del aire en ambientes interiores.

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

A pesar de no haberse incluido en su día en el Plan de Salud, no puede obviarse en esta revisión de la situación, la existencia de problemáticas globales de contaminación atmosférica con indudable repercusión en la salud humana, como la destrucción de la capa de ozono, el calentamiento global y la contaminación transfronteriza por lluvia ácida.

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

Las ayudas públicas para la prevención industrial de la contaminación, la mejora del parque automovilístico, la sustitución de combustibles, la utilización de fuentes de energía menos

contaminantes y el creciente uso de fuentes de energía alternativas son factores muy positivos en la evolución de los problemas de calidad del aire.

Sin embargo, la permanencia de los problemas residuales antes apuntados, la escasez de información por lo limitada de la red de vigilancia de la contaminación atmosférica existente, pese al incremento del número de parámetros contaminantes controlados, y la falta de una práctica de la evaluación de riesgos y efectos para la salud originados por la contaminación del aire son las dificultades más evidentes.

(Parámetros de contaminación atmosférica controlados por la Red de Vigilancia de la Calidad del aire de Navarra el año 1999: Dióxido de azufre, Óxidos de nitrógeno, Partículas en suspensión PM10 y negro de humo, monóxido de carbono, hidrocarburos, ozono y meteorología)

## **II.4.- Residuos.**

### **II.4.1.- Residuos sólidos urbanos.**

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

**Tabla 4.- Instalaciones de gestión de residuos urbanos - Navarra - 1999**

<b>INSTALACIÓN</b>	<b>TITULAR</b>	<b>POBLACIÓN</b>
Vertedero controlado	Mancomunidad de Bortziriak	Bera
Vertedero controlado	Ayuntamiento de Goizueta	Goizueta
Vertedero controlado	Manc. de Alto-Araxes	Arriba Atallo
Vertedero controlado	Manc. de Sakana	Arbizu
Vertedero controlado y planta de selección de materiales reciclables	Manc. Comarca de Pamplona	Góngora
Vertedero controlado	Manc. de RSU Zona 10	Urroz
Vertedero controlado	Manc. Comarca de Sangüesa	Sangüesa
Vertedero controlado, planta de selección de materiales reciclables y planta de compostaje	Manc. de Montejurra	Cárcar
Vertedero controlado	Manc. de Arga-Valdizarbe	Puente la Reina
Vertedero controlado	Manc. de Mairaga	Tafalla
Vertedero controlado	Manc. de la Ribera Alta	Peralta
Vertedero controlado	Manc. del Valle del Aragón	Carcastillo
Vertedero controlado y planta de selección de materiales reciclables	Manc. de la Ribera Baja	Tudela

La nueva Directiva sobre los requisitos de los vertederos y las normas sobre envases, residuos de envases y la entrada en vigor de la Ley 10/1980 de residuos son un marco más exigente para la gestión de los residuos que obligarán a la adecuación de los planes de gestión y de las actuales instalaciones de eliminación de los residuos. Un esfuerzo renovado habrá de hacerse para evitar la

reparación de vertederos y vertidos ilegales y para la adecuada clausura de estos puntos de vertido ilegal.

#### **II.4.2.- Residuos sanitarios.**

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

**Tabla 5.- Centros sanitarios cuyos planes de gestión de residuos sanitarios han sido homologados conforme al Decreto Foral 296/1993 de 13 de septiembre. Año 1999.**

<b>CENTROS SANITARIOS</b>
Hospital de Navarra
Hospital Virgen del Camino
Hospital García Orcoyen (Estella)
Hospital Reina Sofía (Tudela)
Hospital Ubarmin (Elcano)
Hospital de San Juan de Dios
Hospital de San Miguel
Clínica Universitaria
Hospital San Francisco Javier
Clínica San Fermín
Centros de la Dirección de Atención Primaria del Área de Estella (SNS)
Centros de la Dirección de Atención Primaria del Área de Pamplona (SNS)
Universidad de Navarra – Centros de Investigación y Docencia
Centros Ambulatorios del Servicio Navarro de Salud

#### **II.4.3.- Residuos peligrosos.**

La Ley Foral y el Plan Foral de gestión de los residuos peligrosos son respectivamente los marcos normativos y de gestión de los residuos peligrosos. Las directrices establecidas priorizan la prevención de la producción de estos residuos y cuando no es posible, la reducción de su peligrosidad o su eliminación segura.

Un total de 9 entidades están inscritas en el registro creado al efecto como gestores de residuos peligrosos y 17 como recogedores - transportistas de estos residuos.

La falta de instalaciones seguras para el tratamiento y eliminación de los residuos peligrosos en Navarra, la persistencia de los puntos de vertido incontrolados o de vertederos en funcionamiento con instalaciones defectuosas y la problemática más evidente de la gestión inadecuada de los residuos agrícolas, ganaderos (animales muertos y estiércol) son problemas pendientes de solución adecuada.

#### **II.5.- Plaguicidas y herbicidas agrícolas.**

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

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

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

### **II.6.- Zoonosis. Campañas de vacunación de TBC y Brucella.**

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

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

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

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

### **II.7.- Higiene alimentaria.**

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

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

## **III.- CONCLUSIONES**

Con carácter general puede afirmarse que la situación del medio ambiente humano y de las actividades de protección de la salud han mejorado sensiblemente en los años del desarrollo del Plan de Salud de Navarra.

Los puntos débiles que se detectan en este diagnóstico general, descriptivo y como se dijo al inicio, necesariamente limitado, son los siguientes:

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

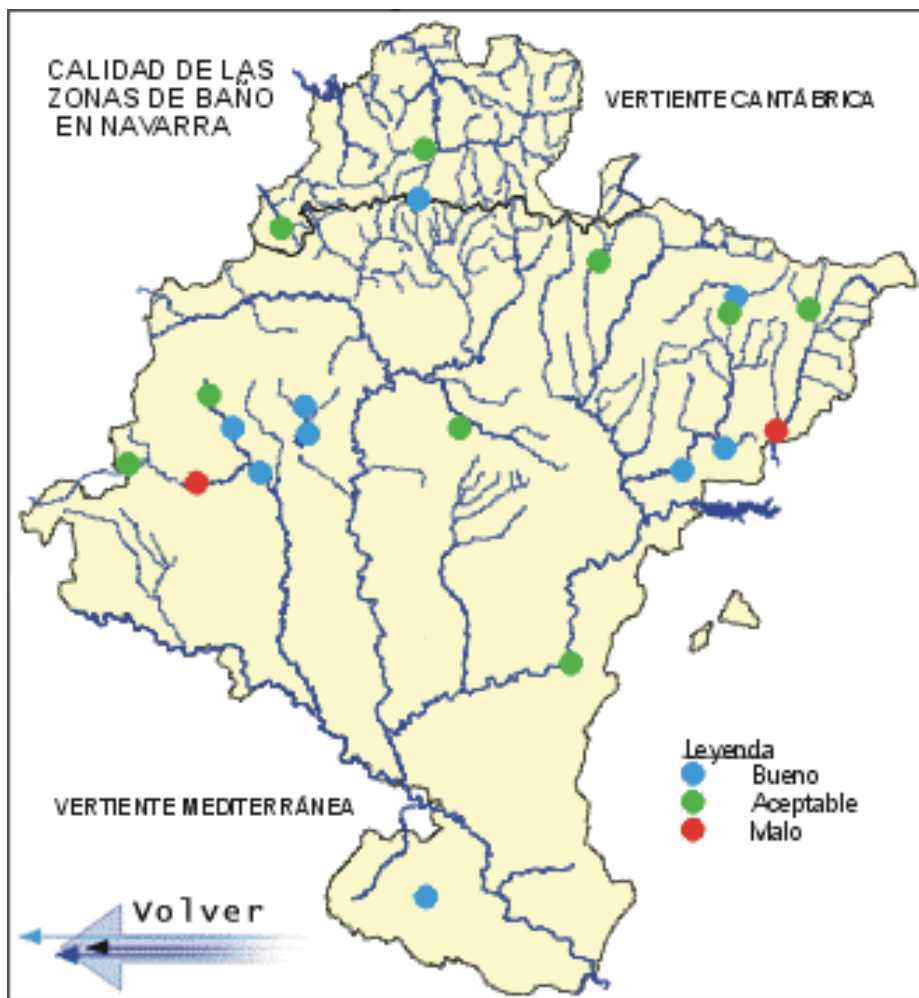


Pamplona, 30 de agosto de 2000.

**Mapa 1.- Situación geográfica de las plantas depuradoras de aguas residuales el año 1999. (Fuente: SIAN - Sistema de Información ambiental de Navarra)**



**Mapa 2.- Situación geográfica de las zonas de baño naturales de Navarra el año 1999. (Fuente: Servicio de calidad ambiental)**



[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cnavarra.es)

## ESTRATEGIA DE SALUD

### Mejora del Sistema de Cuidados de Salud Atención Primaria (Desarrollo 1990-99)

**Autores: Alvaro Gimeno, Isabel Ansa, , Javier Apezteguia, Ana Granado y M<sup>a</sup> José Lezaun. Dirección de Atención Primaria.**

#### 1. INTRODUCCIÓN

#### 2. LA ESTRUCTURA Y LOS RECURSOS

#### 3. LA ORGANIZACIÓN Y SU FUNCIONAMIENTO

#### 4. RELACIÓN CON OTRAS ESTRUCTURAS:

##### 4.1 Relación Primaria-Especializada

##### 4.2 Relación con Instituto Navarro de Salud Laboral

##### 4.3 Relación con Instituto de Salud Pública

#### 5. PARTICIPACIÓN E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

#### 6. POLÍTICAS PARA CON LOS USUARIOS

#### 7. SISTEMAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

#### 8. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y DE GESTIÓN

Documentos complementarios aparte:

[PLAN DE GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. Evaluación 98 y 99. \[pdf\]](#)

[PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EXTRAHOSPITALARIA EN LOS NOVENTA.](#)

[COBERTURA DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA 1999](#)

#### **1. INTRODUCCIÓN**

La reforma de la Atención Primaria y la constitución de los Equipos de Atención Primaria se produce en España tras la aprobación del Real Decreto del 84 que establece sus estructuras básicas: Zona Básica de Salud, Centro de Salud, Equipos de Atención Primaria.

En el desarrollo de los servicios sanitarios, la década de los 90 es una etapa en que se ha ido avanzando paulatinamente desde un modelo más centrado en la mejora de la estructura a un modelo más centrado en el funcionamiento. Aun cuando las actuaciones de desarrollo de ambos modelos se solapan a lo largo de la década, a grandes rasgos, los primeros años vienen marcados por el desarrollo más estructural y los segundos por el funcional. De forma esquemática podríamos caracterizar estas etapas tal como se presentan en el cuadro siguiente, para concluir que la década de los 90 a servido para avanzar desde la inexperiencia a la madurez organizativa y al desarrollo funcional.

	1ª FASE: MODELO ESTRUCTURAL	2ª FASE: MODELO FUNCIONAL
Conceptual	Discurso comunitario --> organización servicios sanitarios	- Provisión de servicios sanitarios de carácter integral
Estructura:	- Mejoras importantes --> estructura física y recursos humanos	- Consolidada con las lógicas deficiencias

Funcional:	Centrado en la ordenación macro de las ZBS Mejora de la oferta	- Organización interna de los EAP - Definición y mejora de la oferta de servicios del EAP y de sus profesionales - Coberturas y calidad de la oferta
Recursos:	Indefinición de costes --> Conocimiento y control de costes estructurales (estructura física y personal	Uso racional de los recursos: estructurales y de funcionamiento (farmacia, pruebas complementarias, remisión a especializada, etc.)

## 2. LA ESTRUCTURA Y LOS RECURSOS

### ZONAS BÁSICAS

El desarrollo y la nítida mejora de las estructuras físicas e incremento de las dotaciones de personal se han ido produciendo de forma paralela a la implantación de las Zonas Básicas. Todas las zonas cuentan con su Centro de Salud de referencia, siendo en líneas generales su dimensionamiento y estado de conservación bueno, salvo en las poblaciones en las que ha habido un fuerte crecimiento de población. Además en la actualidad se cuenta con 264 consultorios distribuidos principalmente por todo el ámbito rural.

	AÑO 90	AÑO 95	AÑO 99
Total Zonas Básicas	53	53	53
Nº EAP implantados	31	49	53
Porcentaje implantación	58,49%	92,45%	100%
% población implantada	58,06%	86,41%	100%

### RECURSOS HUMANOS

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

#### Plantilla actual:

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

Los ratios actuales una vez estandarizada la población (diferentes cargas de trabajo por grupos de edad) son:

	Centros Urbanos	Rurales Grandes	Rurales Medianos	Rurales Pequeños	Zonas Especial Actuación

Nº TIS por Pediatra	1.076	1.076	1.076	1.076	1.076
Nº TIS por Médico General	1.513	1.465	1.129	918	471
Nº TIS por Enfermeras	1.451	1.467	1.266	1.051	522
Nº TIS por Advos y celado.	2.560	2.923	2.973	3.572	1.767
Nº TIS por T. Social	15.223	15.223	15.223	15.223	15.223

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

### 3. LA ORGANIZACIÓN Y SU FUNCIONAMIENTO

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

La normativa que ha regulado la organización general de los centros se resume en:

1. Consolidación del modelo de la Reforma: ZBS, Centro de Salud y EAP. Ley de Zonificación Sanitaria 22/1985 de 13 de noviembre, Decreto Foral 148/1986 de 30 de mayo, que regula las estructuras de Atención Primaria de Salud de Navarra.
2. Implantación progresiva de las Zonas Básicas.
3. En el inicio de los años 90. Ley Foral de Salud de 23 de noviembre: Areas de Salud de Pamplona, Estella y Tudela, organización y funcionamiento de las demarcaciones territoriales incluyendo estructura de Atención Primaria y otras disposiciones.
4. Decreto Foral 225/1992, de 15 de junio, Direcciones y Jefatura Unidad de Enfermería de Zonas Básicas de Salud: Establece la figura y sus funciones
5. Ley Foral 2/1994, de 28 de febrero y Decreto Foral 217/1994, de 2 de noviembre que regulan el nombramiento y designación de los Directores de las ZBS.
6. Decreto Foral 1995, de 2 de diciembre, de Estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud: Dirección de A.P., órganos de Dirección y participación, órganos de gestión (Subdirección Norte, Este), Servicios dependientes de Dirección.

El desarrollo y reorientación interno de los Equipos de Atención Primaria, aún cuando se producen avances a lo largo de los primeros años de la década, se plasma de una manera explícita en los contratos o acuerdos de gestión que la

Dirección de Atención Primaria viene desarrollando con cada una de las Direcciones de las Zonas Básicas desde el año 96.

Durante los años 96 y 97 este marco común que posibilita acuerdos con la mayoría de los Equipos adquiere la forma de Pacto por Objetivos, definiendo en cada Zona Básica:

- Objetivos socio-sanitarios y de funcionamiento interno de nivel básico (obligado cumplimiento) y optativo
- Presupuesto: Capítulos económicos I-II-IV y objetivos
- Ponderación y evaluación de cumplimiento objetivos
- Incentivación

Estos pactos concebidos ya de entrada como pasos intermedios o puntos de tránsito hacia el futuro modelo logran:

- Desarrollar elementos estructurales fundamentalmente de organización interna, protocolos y sistemas de registro.
- Establecer presupuestos. Seguimiento y gestión.
- Generar en la organización una cultura de evaluación y mejora
- Iniciar el proceso de descentralización de la gestión de los equipos

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

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

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

## **4. RELACIÓN CON OTRAS ESTRUCTURAS**

### **4.1 RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA – ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

Se ha dado un importante paso del discurso a las primeras actuaciones y se han sentado las bases que hacen posible tener esperanzas fundadas en la obtención de buenos resultados en los próximos años. No olvidemos que

nuestro objetivo último no puede ser otro que conseguir la adecuada relación entre clínicos centrada en el paciente. En este sentido destacan las siguientes actuaciones:

Ordenación atención ambulatoria especializada (97-98)

Decreto libre elección (agosto 98)

- Derecho a la personalización en atención en hospitalización y ambulatoria
- Elección de especialista desde Primaria
- Segunda opinión
- Coordinadores asistencia ambulatoria

Desarrollo efectivo libre elección (marzo 99)

- Normativa funcionamiento consultas especializadas
- Revisión periódica de especialistas y sus listas de espera

Orden Foral 10/98. Coordinadores y sus funciones.

Nombramientos posteriores

Acuerdo oferta demanda de primeras visitas Primaria/  
Especializada

- Asignación de cupos de primeras visitas por especialidad y ZBS
- Sistema información que posibilite su seguimiento y aplicación de medidas correctoras.

Incremento de capacidad de resolución de A. Primaria

- Identificación áreas y protocolos específicos
- Ampliación acceso a pruebas complementarias (Ecografía, TAC y gastroscopia)

Mejora circuitos asistenciales:

- Citación a Especializada desde Primaria
- Circuitos de preferentes

Coordinación entre clínicos:

- Nuevo circuito de remisión de informes clínicos al médico de Primaria (funcionante hoy en 25 centros)
- Seguimiento Pacto oferta demanda: Coordinador de cada especialidad « Director de ZBS
- Planes actuación por especialidad: Planes específicos en marcha en 15 especialidades.
- Guías de buena práctica o protocolos conjuntos de actuación. Multipli-cidad de situaciones: en unas áreas clínicas desarrollados e implantados, en otras realizados y pendientes de implantación, y en otras en fase de realización.
- Reuniones conjuntas
- Elementos que permitan el contacto directo y personalizado entre clínicos

## 4.2 RELACIÓN CON INSTITUTO NAVARRO DE SALUD LABORAL

Relación y comunicación fluida.

Avances importantes generados en gran parte por el buen hacer del propio

Instituto en el mejor seguimiento y control de la Incapacidad Transitoria (I.T.):

- Reuniones periódicas y personalizadas de cada uno de los médicos de Atención Primaria e Inspector de Salud Laboral de referencia, centrada en la gestión de casos.
- Fijación de Indicadores y sistema de información que posibilita su seguimiento periódico por Zona Básica.
- Evaluación de resultados obtenidos en la gestión de I.T. en el Plan de Gestión Clínica de cada Zona Básica.
- Creación y progresiva implantación de la red de médicos centinelas de Salud Laboral
- Asesoramiento y apoyo técnico permanente.

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

#### 4.3 RELACIÓN CON INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

Relación y comunicación no tan fluída como sería deseable

Aún cuando lógicamente existe una gran variabilidad en la relación con sus diferentes áreas del trabajo, con carácter general los logros alcanzados en los últimos años son menores de lo deseado.

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

### 5 PARTICIPACIÓN E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

No existe desarrollo ni mejora de nuestro sistema sin implicación de los profesionales sanitarios, ni es posible que éste se de si no se producen cambios profundos en la estructura y funcionamiento de nuestra organización. No son elementos aislados sino interdependientes y ambos correrán la misma suerte.

Los diversos análisis realizados y válidos para nuestra comunidad identifican como un problema importante de la reforma de Atención Primaria los escasos avances logrados en esta necesaria implicación.

Quién oferta los servicios y decide la utilización de los recursos son los profesionales de atención directa. Por ello, lograr su implicación es absolutamente necesario para cualquier desarrollo o mejora que pretendamos realizar.

¿Cómo conseguir implicar a los profesionales?

- Dándoles autonomía organizativa
- Haciéndoles partícipes en las tomas de decisiones
- Facilitando la mejora de su competencia profesional
- Implantando retribuciones ligadas a resultados y capitación.



## AUTONOMÍA ORGANIZATIVA Y PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES

Los avances ya explicitados en la descentralización de la gestión a las Direcciones de los Equipos son sin duda una primera y necesaria respuesta de cara a conseguir esta implicación.

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

## MEJORA DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL

La colaboración entre Departamento de Salud y Dirección de Atención Primaria ha sido una constante a lo largo de estos años, y fruto de ello es el Plan Docente que dirigido a profesionales de Atención Primaria se elabora con carácter anual.

La participación en 1999 de 899 profesionales en estas actividades de formación continuada habla a favor de su idoneidad o adecuación a las posibles expectativas y deseos de los profesionales.

Sin embargo se considera un hecho constatable y poco discutible que los recursos y esfuerzos que nuestra empresa emplea en formación son escasos en relación con las necesidades continuas y cambiantes de nuestros profesionales.

El continuar dejando una gran parte de la formación de nuestros profesionales en manos y directrices ajenas (laboratorios farmacéuticos) es una realidad a la que no se le concede la enorme trascendencia que sin duda tiene.

## RETRIBUCIÓN LIGADA A RESULTADOS Y CAPITACIÓN

En relación con la retribución ligada a resultados y su desarrollo en estos últimos años es a destacar que en Atención Primaria y ligado a los resultados del Plan de Gestión los incentivos "existen".

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

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

## 6.POLÍTICAS PARA CON LOS USUARIOS

El hecho de que en esta área se han producido cambios y avances importantes en nuestra organización en esta última década es innegable.

### CAMBIO CULTURAL.

Probablemente haya sido el propio protagonismo de los usuarios, y no tanto el deseo de la organización, lo que nos ha empujado a ello, pero sea cual sea la causa, la orientación de nuestros servicios hacia el cliente ha pasado de ser un clásico postulado teórico a convertirse en un elemento de obligada

consideración en todos los niveles de nuestro sistema. Su consideración en las tomas de decisiones a nivel central es incuestionable, pero lo que es más importante es que ha impregnado la relación sanitario-paciente. Como ejemplo, si hay algo que nadie cuestiona en el índice de cualquier protocolo o guía de buena práctica es el apartado de información al paciente.

### CAMBIOS NORMATIVOS.

- Generales: Constitución, Ley General de Sanidad y Ley Foral de Salud.
- Decreto Foral 244/1999, por el que se regula el derecho de libre elección de médico general y médico pediatra en Atención Primaria. Su existencia no ha conllevado durante años su aplicación efectiva y real. Hoy esto no sucede y con carácter general el personal administrativo de los Centros informa al ciudadano de sus derechos y éste opta. No se produce el ocultismo de antaño.
- Decreto de libre elección especialista y personalización de su atención (agosto 98).

### POLÍTICAS ACTIVAS DESARROLLADAS A NIVEL CENTRAL.

- Cartera de Servicios. Se señalan dos avances importantes:
- La indefinición de lo que se ofertaba hacia imposible el hablar de información a los ciudadanos. La definición de oferta de servicios que hoy presta cada Equipo de Atención Primaria a su población ha sido un primer paso previo.
- Garantizar al ciudadano las prestaciones en todas las zonas básicas de salud de Navarra mediante la oferta de los servicios llamados básicos, tanto asistenciales como de prevención y promoción.
- Plan de Comunicación. Un primer e importante avance es su existencia como área prioritaria y específica de actuación de la Dirección de Atención Primaria en estrecha colaboración con el Departamento de Salud.  
En el momento actual están siendo relanzadas y ampliadas sus líneas de actuación. Ejemplariza lo realizado en estos últimos años la campaña sobre utilización correcta de los servicios o la continuada presencia en medios de comunicación con diversos temas.
- Calidad percibida. Su valoración ha sido un objetivo prioritario de la Dirección de Atención Primaria en estos últimos años. Su inclusión como un elemento más en la evaluación periódica de la calidad de la oferta de servicios de los Centros, aún cuando no ha sido posible hacerlo realidad hoy, sí va a serlo en el futuro próximo.

### POLÍTICAS ACTIVAS DESARROLLADAS EN EL ÁMBITO DE LAS ZONAS BÁSICAS.

Sin entrar en experiencias concretas se considera de utilidad valorar globalmente el porcentaje de centros en los que determinados servicios con requisitos de calidad están implantados, en desarrollo de la oferta de servicios que la propia cartera encuadra en el bloque: Atención al ciudadano y la comunidad.

- Consulta telefónica para la resolución y/o seguimiento de pequeños problemas: 77,36%
- Unidad de Atención al usuario: 88,68%.
- Servicio de información a la comunidad: 54,72%
- Colaboración en actividad divulgativa dentro de la Zona Básica y a instancia de terceros: 54,42%
- Actuación divulgativa directa: 30,19%
- Atención al ciudadano área administrativa: 90,57%

## ACCESIBILIDAD PARA LA POBLACIÓN.

- Accesibilidad geográfica a oferta asistencial: Dado el desarrollo de la red de centros y consultorios ya comentado, se considera que globalmente está cubierta de forma satisfactoria.
- Extensión cita previa: Importante desarrollo en los últimos años. Salvo contadas excepciones la extensión es generalizada en toda la Comunidad.
- Acercamiento de servicios no asistenciales: Desarrollo progresivo de las áreas administrativas de los centros hacia la ventanilla única que resuelve todos los problemas más comunes de los ciudadanos. En el momento actual: cumplimentación y tramitación de prestaciones socio-sanitarias, tramitación de cambio de médico y todo lo referente a TIS, tramitación de cita a especializada, etc. En el futuro próximo: citación a especialista directa desde los centros.
- Accesibilidad horaria: La demanda de la población en horario de tarde, sobre todo en Pamplona y su comarca, es una realidad evidente. Como respuesta a esta demanda se ha producido la apertura de al menos un cupo de atención de tarde en la mayoría de las zonas urbanas y periurbanas que puede ser elegido por el ciudadano. Dicha medida es sin duda la única factible y posible en tanto en cuanto sigue sin ni siquiera plantearse una posible jornada partida para nuestro personal. Las incoherencias entre nuestro discurso de atención centrado en el cliente y nuestras actuaciones es importante que al menos se evidencien.

## ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN.

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

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

### CONSEJOS DE SALUD de ZONA: Sesiones celebradas

Zona Básica de Salud	Constituido		Nº de Sesiones celebradas en		
	si	no	1998	1999	2000*

ZBS Navarra Norte	17	3	20	12	6
ZBS Navarra Este	15	3	4	6	4
ZBS Estella	8		0	0	0
Zbs Tudela	7	1	6	3	5
	47	7	30	21	15

\*Seis primeros meses

En conclusión, el cambio cultural es incuestionable. El beneficiario de finales de los 80 y principios de los 90 ha pasado a convertirse en ciudadano titular de derechos y garantías y el usuario se está transformando en cliente. Si bien, queda mucho camino por recorrer.

## 7. SISTEMAS DE MEJORA DE CALIDAD

La calidad de la atención es, ha sido y será motivo de preocupación de los profesionales sanitarios.

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

- Una primera hasta el año 96 en la que la inexistencia de un marco general de desarrollo común de toda la A.P. de Navarra hace que las líneas de mejora se centren en experiencias o actuaciones concretas, siendo de gran dificultad su enumeración.
- Una segunda época desde el año 96 que en la actualidad y enmarcado por el plan de gestión clínica de mejora de la calidad adquiere un lugar propio que se concreta desde el año 98 en el **"Programa de Mejora de la Calidad de la Atención Primaria de Navarra"**: Conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua. Incluye:

Líneas estratégicas

Implantar y desarrollar el Programa de Mejora de la Calidad Central de la Atención Primaria.

Implantar y desarrollar los Programas de Mejora Interna de cada uno de los EAP

Estructura

Comisión de Calidad y Docencia de la Dirección de Atención Primaria

Comisiones y responsables de mejora y docencia de los EAP

Actividades de Mejora de Calidad. Sin entrar a enumerar por lo prolijo que resultaría el programa de mejora encuadra actividades concretas y diversas en las siguientes áreas:

Mejora de la oferta de servicios y sus requisitos mínimos.  
Mejora de la cobertura de la oferta de servicios  
Mejora en áreas prioritarias. Actuaciones concretas en 10 áreas  
Mejora en la relación con especializada: Plan específico dirigido a ampliar la capacidad de resolución de primaria.  
Uso racional del medicamento  
Atención al ciudadano y calidad percibida  
Area de enfermería  
Actividades específicas del propio programa de mejora de la calidad.

En líneas generales se ha optado en estos primeros años de vida del programa por ser restrictivo en el desarrollo de actividades de mejora que llevaran consigo evaluaciones de proceso y resultados. Se han priorizado por contra las actuaciones de Planificación de la Calidad y de mejora de la competencia profesional.

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

Para ampliar la información, ver Plan Gestión Clínica y Evaluaciones de los últimos años.

Por lo dicho, el desarrollo de una política-programa de mejora continua de calidad es una realidad con estructura y actividades específicas en los dos últimos años. Es prematuro por tanto, evaluar sus resultados. Los programas internos que deben desarrollar cada uno de los EAP son su principal reto.

## **8. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN**

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

## **LA BASE DE DATOS DE CLIENTES DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA**

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra decidió la creación de la base de datos de la TIS en septiembre de 1990. En Marzo de 1991 se enviaron las tarjetas sanitarias a unos 200.000 titulares del sistema de Seguridad Social, realizándose al mismo tiempo una campaña informativa dirigida a los profesionales sanitarios y un lanzamiento publicitario dirigido al público en general. El envío masivo de las tarjetas, acompañado de las campañas informativas y publicitarias, dio como resultado una respuesta de la población que permitió actualizar y consolidar la base de datos de la tarjeta sanitaria.

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

A 31 de diciembre de 1992, el número de tarjetas sanitarias en circulación era de 382.817. A finales de 1994 el grado de implantación de la Tarjeta Individual Sanitaria era de un 92%, quedando plenamente consolidada en el año 1997. La cobertura que ha alcanzado la base de datos en la actualidad es del 100%, si se tiene en cuenta que existe un 2,9% de la población censada que ha optado por un tipo de asistencia privada (mutualistas del estado, funcionarios del gobierno de Navarra) y cuyos datos no están registrados en la BDS.

### **Distribución (en %) de la población con derecho a la asistencia sanitaria pública por colectivos de derecho. Situación a 31 de Diciembre.**

<b>Colectivos</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Activos Seguridad Social	70,1	70.2
Farmacia gratuita	26,4	26.0
Entidades colaboradoras: Once, Telefónica, Universidad de Navarra	1,3	1.3
Mutuas de Funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS	1,3	1.3
Funcionarios Gobierno de Navarra. Uso especial con atención primaria pública	0,6	0.7
Socios de LAGUN-ARO	0,3	0.35
Religiosas de Clausura	0,04	0.04
DF 640/96-Universalización	0,03	0.04

Fuente: Memoria del SNS-O 1998 y 1999

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

## EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD PROPIAMENTE DICHO

A lo largo de este periodo de tiempo, se han implantado tres tipos de aplicaciones informáticas específicas para Atención Primaria, que puntualmente se han ido modificando y actualizando según las necesidades. Implantación en las áreas administrativas (no clínica), de la primera aplicación informática en Atención Primaria (GICES). El inicio de esta experiencia data de 1992. La aplicación GICES tenía por objetivo desarrollar de forma integrada las tareas más habituales que se realizaban en los centros de Atención Primaria de Navarra de aquella época. La aplicación fue implantándose coincidiendo con la informatización de los centros de salud, hasta el año 1.997, año en el que se empezaron a estudiar las posibilidades de informatización integral de los centros de salud de Navarra, tanto en su vertiente administrativa como en la clínica.

Durante el año 1998 se continuaron con los pilotajes, iniciados el año anterior, de la informatización integral de historia clínica en los centros de salud de San Jorge y Tafalla y el del Centro de Salud de Tudela Oeste. Extendiéndose, durante 1999, la informatización integral del Proyecto OMI-AP a otro centro más urbano (Mutilva) y la del Proyecto del área de Tudela a otro centro de salud urbano (Tudela-Este). Coincidiendo con ello, se comenzó la utilización sistemática, por parte de todos los profesionales adscritos al centro (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) de la historia clínica informatizada.

Se validó el correcto funcionamiento del nuevo programa informático en las funciones específicas de citación, gestión de los datos poblacionales y resto de tareas adscritas al área administrativa y se decidió la extensión masiva de la aplicación OMI-APW al resto de centros de salud de Navarra. En octubre de 1998, se inició la extensión administrativa de la nueva aplicación informática, habiendo implantado al final del año un total de 27 centros. El plan de extensión total involucraba a 79 centros sanitarios, y se dio por finalizada en septiembre de 1999. Para algunos de ellos esta implantación suponía una importante innovación y para otros era una sustitución de la aplicación informática administrativa previa (GICES)

## PLANES A CORTO- MEDIO PLAZO

Los objetivos de la actual visión de sistemas de información de Atención Primaria van encaminados hacia la extensión completa de sistemas informáticos integrados que faciliten el cumplimiento de los compromisos de gestión clínica adquiridos por cada una de las Zonas Básicas de Salud de Navarra, teniendo un especial interés en el desarrollo de procedimientos que

faciliten la relación entre los distintos ámbitos o niveles de atención sanitaria, especialmente en lo relativo a la atención especializada (proyectos de cita de especializada desde los centros de salud y de gestión de cupos de cita de especializada) y en la extensión de sistemas de información en ámbitos rurales dispersos.

### GESTIÓN PRESUPUESTARIA Y USO DE LOS RECURSOS

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

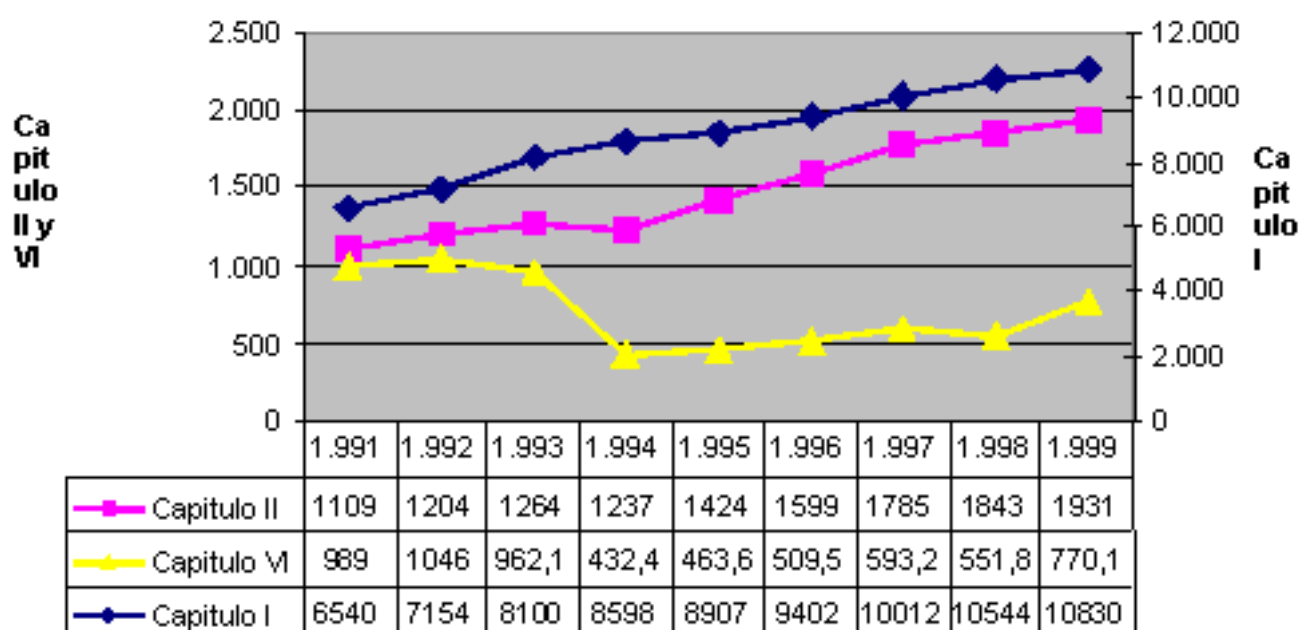
- Cumplimiento presupuestario de gastos de personal (Capítulo I), funcionamiento y farmacia
- Información específica de uso racional de medicamento: Indicadores generales de utilización de fármacos e indicadores específicos de calidad de seis grupos farmacológicos.
- Información específica de utilización de cupo asignado de primeras visitas en la atención especializada y de listas de espera existentes, especialmente en libre elección o servicio.
- Herramienta que posibilite información continuada de cartera de servicios y coberturas.

En la siguiente gráfica se presenta la evolución del gasto real gestionado desde la Dirección de atención primaria desde 1.991 a 1.999 para los gastos de personal (capitulo económico I), compra de bienes y servicios (cap. eco. II) e inversiones (cap.eco.VI). Para completar el gasto faltarían los capítulo IV (transferencias corrientes) el cual se dedica en un 95% a la financiación de la compra de medicamentos y que se presenta en un documento aparte y el cap. VII (transferencias de capital) que representa entre 100 y 125 millones de pesetas por año.



## EVOLUCIÓN DEL GASTO REAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. Cap. I, II y VI.

Fuente: Memorias del SNS-O. 1.990-1.999



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

Gasto de la Dirección de Atención Primaria en 1998						
	Cap. I	Cap. II	Cap. IV	Cap. VI	Cap. VII	Total
Dirección de AP	647	113	97	143	126	<b>1.126</b>
Pamplona	5.219	559	8.596	260		<b>14.634</b>
Estella	930	90	1.490	6		<b>2.516</b>
Tudela	977	90	1.864	24		<b>2.955</b>
<b>Subtotal A.P</b>	<b>7.774</b>	<b>852</b>	<b>12.047</b>	<b>433</b>	<b>126</b>	<b>21.231</b>
Salud Mental	1.714	706	205	107		<b>2.733</b>
Cofes	244	48	18	2		<b>312</b>
Salud Bucodental	86	179		2		<b>267</b>
SEU	545	66	9	6		<b>627</b>
<b>Subtotal Resto</b>	<b>2.588</b>	<b>999</b>	<b>233</b>	<b>118</b>	<b>0</b>	<b>3.938</b>
<b>TOTAL D.A.P.</b>	<b>10.362</b>	<b>1.851</b>	<b>12.280</b>	<b>551</b>	<b>126</b>	<b>25.169</b>

Fuente: Memoria del SNS-O 1998.

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA 10 AÑOS DESPUES

### A.1. VALORACIÓN DE LOS OBJETIVOS FORMULADOS EN EL PLAN DE SALUD DE 1991

**Autores: Luis Gabilondo, Subdirector de Coordinación Hospitalaria del SNS-O y Ander Arrazola, Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.**

La evolución y valoración de la asistencia especializada en el pasado decenio se presenta estructurado en tres apartados:

#### A.1. Valoración de los objetivos formulados en el I Plan de Salud (1991)

#### A.2. Principales actuaciones e insuficiencias en la aplicación de las estrategias del Plan de salud

### **B. Evolución de indicadores en los noventa:**

B1.- Indicadores de la red de utilización pública.

B2.- Indicadores del conjunto de centros públicos.

B3.- Indicadores por centro.

### **C. Balance de actuaciones en la asistencia especializada**

## A.1. VALORACIÓN DE LOS OBJETIVOS FORMULADOS EN EL PLAN DE SALUD DE 1991.

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

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

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

Los objetivos específicos aparecen fijados en un horizonte temporal muy corto (plazo de consecución para todos los objetivos, año 1992 o 1993).

Las estrategias para la consecución de los objetivos se plantean a modo de criterios de mejora de la organización y funcionamiento de la atención especializada.

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

### **OBJETIVO GENERAL 1.- Lograr la integración de todos los recursos**

## **especializados del Sector Público de Navarra en una red única adecuadamente planificada y organizada por niveles asistenciales.**

### **INTEGRACION DE RECURSOS.**

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

#### **Logros:**

- Transferencia de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social (INSALUD), producida el 1 de Enero de 1.991, quedando incorporados el Hospital Virgen del Camino y la Clínica Ubarmin (centro asistencial dependiente de las Mutuas Patronales hasta 6 meses antes de las transferencias).
- Todos los recursos especializados públicos configuran una red gestionada por el Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.
- El año 1.998, los especialistas de cupo se incorporaron a las dependencias hospitalarias correspondientes.

### **PLANIFICACION Y ORGANIZACION**

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

#### **Areas de mejora:**

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

#### **Logros:**

- En general, se ha respetado el Decreto Foral de 1.985 de ordenación de la atención especializada pública de Navarra en todo lo referente a servicios de carácter terciario y servicios únicos en el sistema sanitario.
- Ordenación de los servicios de atención a la mujer mediante Decreto Foral 259/1997, descentralizando e integrando las prestaciones sanitarias en Tocoginecología y en Planificación Familiar.
- Sectorización hospitalaria en Pamplona en el contexto de la ordenación de la relación entre el nivel de atención primaria y el especializado y de la libertad de elección de especialista, hecho público en el D.F. 241/1998.
- Se han reforzado varias especialidades en los hospitales comarcales de Estella y de Tudela, aumentando su capacidad de repuesta y acercando el servicio al ciudadano.

## **OBJETIVO GENERAL 2.- Establecer la ordenación de la Atención**

## Sanitaria especializada de forma coherente e integrada con el nivel primario de salud.

### **ORDENACION DE LOS RECURSOS**

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

#### **Logros:**

- Consolidación de las gerencias de Area en las comarcas de Estella y de Tudela.
- Vinculación entre servicios asistenciales de ambos niveles, mediante una relación biunívoca entre las estructuras (y profesionales) de atención primaria y los servicios hospitalarios de referencia.
- Servicios y hospitales de referencia bien definidos.
- Razonable despliegue de servicios especializados en el territorio.

#### **Areas de mejora:**

- Compleja gestión de estructuras en el Area de Salud de Pamplona.

### **FUNCIONALIDAD E INTEGRALIDAD**

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

#### **Logros:**

- Aprobación en septiembre del 2.000 del Plan de Coordinación Primaria Especializada
- Puesta en marcha de mecanismos para la libre elección de especialista por parte del médico de familia..
- Iniciada la constitución de grupos de trabajo con profesionales de ambos niveles en casi todas las especialidades para identificar necesidades y protocolizar actuaciones.
- Designación de Coordinadores de Asistencia Especializada en los principales Servicios Hospitalarios.
- Formalización del Primer Pacto entre Atención Primaria y Especializada a 2 de marzo del 2001.

#### **Areas de mejora:**

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

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

Se analizan de forma separada ambas actuaciones.

***PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE SALUD***

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

**Areas de mejora:**

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

**Logros:**

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

***FORMACION CONTINUADA EN EL AREA DE SALUD***

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

**Areas de mejora:**

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

**Logros:**

- En los dos o tres últimos años se ha iniciado una dinámica favorable con la constitución de grupos de mejora por especialidad, integrados por profesionales de ambos niveles asistenciales, y que están comenzando

a priorizar áreas de intervención, incluidas las formativas.

- En algunos Servicios hospitalarios se ha generado dinámica docente con los profesionales de atención primaria en relación con la formación continuada.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO 2.- Para el año 1.992, deberá existir un mecanismo estable de coordinación entre los diferentes centros del Sistema Hospitalario de Pamplona.**

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

#### **Aspectos de mejora:**

- A lo largo de la década se han observado importantes variaciones de criterio entre los responsables políticos que han conducido a desechar la formulación planteada en el año 1990 respecto al Sistema Hospitalario de Pamplona.
- Lamentablemente dicho rechazo no se ha acompañado de otras soluciones alternativas que permitieran afrontar las necesidades de coordinación entre las estructuras especializadas de Pamplona, ni aprovechar las sinergias y economías de escala previstas a raíz de las transferencias sanitarias.
- La existencia de dos grandes hospitales y las consiguientes tensiones institucionales y profesionales no se han resuelto ni hacia estrategias de competición ni hacia estrategias de complementariedad, manteniéndose por tanto sin resolver estas opciones determinantes para el futuro a medio y largo plazo.

#### **Logros:**

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

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

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

#### **Logros:**

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

### **Areas de mejora:**

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

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

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

#### **Logros:**

Como principales avances en el periodo cabe señalar:

- Cambio cultural en la forma de entender la calidad al pasar de un concepto de control de calidad a otro de mejora de calidad, siendo ineludible la participación de las estructuras implicadas.
- Incipiente desarrollo de Planes de Calidad en algunos centros.
- Incorporación de objetivos de calidad en los Contrato Programas elaborados, a partir de 1998.
- Notable incremento de las actividades de formación en calidad.
- Desde 1998, evaluación anual y sistemática, de la satisfacción de los clientes con cada uno de los servicios médicos hospitalarios.
- Incorporación de estructuras y personal específico para la gestión de la calidad en los hospitales DF 170/1998.
- Programas específicos de mejora de la espera para las intervenciones quirúrgicas y consulta, con regulación legal por Orden Foral del tiempo máximo de espera para las intervenciones quirúrgicas.

### **Areas de mejora:**

Como aspectos negativos se señalan:

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

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

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

**Logros:**

- Se ha consolidado el Centro de Coordinación Operativa de SOS Navarra,
- Se ha generalizado el uso del teléfono europeo de urgencias 112. El año 1999 se coordinaron un promedio de 239 asuntos sanitarios al día.
- En desarrollo del Plan de 1.997 se han puesto en marcha 4 UVI móviles en Navarra que dan cobertura a aproximadamente al 80% de la población de Navarra.
- Se han consolidado los Puntos de Atención Continuada en las zonas rurales, realizándose los traslados con ambulancias medicalizables, con acompañamiento del personal sanitario de la zona cuando el caso así lo requiere (163 en 1999).
- Tras los diversos cambios operados en la organización de la atención continuada de la comarca de Pamplona, se ha incorporado la atención pediátrica en dos de los 4 centros de urgencia extrahospitalaria existentes en la actualidad.
- La formación continuada de los profesionales implicados en la atención urgente ha adquirido una gran relevancia, siendo variadas y accesibles las actividades organizadas, con una metodología muy adaptada al objetivo formativo planteado.

**Areas de mejora:**

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



[Volver a estrategias](#)

[Seguir especializada](#)





[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

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

**A) Principales líneas de trabajo desarrolladas en el decenio.**

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

1.1. Acuerdos Sindicales de febrero 1992, en desarrollo de los mismos, la Ley Foral 11/1992, reguladora del régimen específico del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y Convenio Colectivo de 1992, establecen la unificación de los derechos y deberes de los diferentes colectivos integrantes de la plantilla del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, consiguiéndose una unificación en las condiciones laborales de todo el personal.

1.2. Nueva reglamentación de la sistemática de Ingreso y de provisión de Puestos de Trabajo en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que dieron lugar al Decreto Foral 347/1993, de 22 de noviembre, por el que se regula el ingreso y la provisión de puestos de trabajo en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que regula todo lo referente a:

- 1.2.1. Selección de personal
- 1.2.2. Acoplamiento Internos Previos.
- 1.2.3. Promoción interna temporal y definitiva
- 1.2.4. Traslados Nacionales.
- 1.2.5. Jerarquización de personal de Cupo y Zona
- 1.2.6. Provisión de jefaturas Médicas.
- 1.2.7. Contratación Temporal.

1.3. Establecimiento de una política retributiva específica: La política retributiva se ha caracterizado por promover la homogeneización entre los diferentes colectivos, la incentivación. En algunos colectivos (médicos) se ha desarrollado más, al aprobarse la Ley Foral 11/1999, de carrera profesional, cuyo reglamento ya ha sido aprobado (D.F. 376/2000) y publicado en el BON 31.01.2.001.

**2. Redacción, consensuada con la representación sindical, de los baremos de méritos para la provisión de puestos de trabajo:**

2.1. Orden Foral de 7 de febrero de 1994, del Consejero de Salud, por la que se aprueban las bases generales y baremos para las convocatorias de concurso de méritos para la provisión de los puestos de trabajo de Jefaturas de Sección y de Unidad no asistenciales y Jefaturas de Unidad de Enfermería del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

2.2. Orden Foral 150/1998, de 8 de octubre, Consejero de Salud, por la que se establece el procedimiento especial regulador del sistema de acoplamiento internos previos por concurso de méritos en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

2.3. Orden Foral 151/1998, de 8 de octubre, del Consejero de Salud, por la que se

regulan los procedimientos de ingreso y provisión de puestos de trabajo del personal sanitario del nivel A ( Estamentos A.1 y A.2) en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se establecen los baremos aplicables a los mismos.

2.4. Orden Foral 152/1998, de 8 de Octubre, del Consejero de Salud, por la que se establecen baremos de méritos que se aplicarán en los procedimientos de ingreso y provisión de puestos de trabajo en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, excepto al personal sanitario del nivel A (Estamentos A.1 y A.2).

### **3. Consolidación y racionalización de la Plantilla del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea:**

3.1. El día 1 de enero de 1991 se realizó la transferencia de las funciones y servicios del Insalud al Gobierno de Navarra. Esta asunción de competencias conllevó la unificación de los dos organismos que se integraron ( Servicio Regional de Salud e Insalud) y por tanto una fusión de plantillas orgánicas.

3.2. Se confecciona la primera plantilla orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea el 31 de diciembre de 1992, publicándose en el Boletín Oficial de Navarra mediante Decreto Foral 196/1993, de 21 de junio.

3.3. De la misma manera y sucesivamente a través de los correspondientes Decretos Forales, se ha ido adecuando y poniendo al día la plantilla orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

3.4. Igualmente se relacionaron todas las categorías y puestos de trabajo existentes, agrupándolas en estamentos y especialidades, redactándose un catálogo de puestos de trabajo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que fue publicado como Anexo a la Ley Foral 11/1992. Este Catálogo se ha ido modificando y actualizando de acuerdo con las necesidades de la organización.

3.5. Ofertas Publicas de Empleo en los años 1994, 1996 y 1998 con una oferta de mas de 1000 plazas.

3.6. Eliminación de la temporalidad:

3.6.1. En 1997 se aprueba un incremento de la plantilla del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de 259 plazas, tras la reconversión de plazas temporales en plazas de plantilla.

3.6.2. En el año 2000, con idénticos motivos serán 400 las plazas en que se vera incrementada nuestra plantilla orgánica.

3.7. Puesta en marcha del proceso de Funcionarización del Personal: En consonancia con lo establecido por la Ley Foral 11/92, el Gobierno de Navarra reguló el derecho de opción para la funcionarización del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

3.7.1. Funcionarización de Personal no sanitario: el 89% del personal no sanitario estatutario y laboral optó por la Funcionarización.

3.7.2. Funcionarización del Personal Sanitario: el 71% del personal sanitario estatutario y laboral optó por la Funcionarización.

### **4. Regularización de la representación sindical:**

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

de representación con 60 representantes.

## **5. Políticas de participación y comunicación:**

- 5.1. En 1992, tuvieron lugar las elecciones para la designación de los vocales representantes del personal en las Juntas de Gobierno y Juntas Técnico-Asistenciales en el Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino, Hospital de Tudela, Hospital de Estella y Clínica Ubarmin.. En 1998 tuvieron lugar las elecciones en Atención Primaria y Salud Mental, y en el 2000 han sido convocados para el Instituto de Salud Publica.
- 5.2. Elaboración de tres Manuales de Personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ( 1992, 1994 y 1998), donde se recopila toda la información y las directrices a seguir en materia de personal en la relación diaria con la organización.
- 5.3. Edición no periódica de un Boletín Informativo " Salud Informa ", como nexo de comunicación entre la Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y sus trabajadores, donde se recoge la información que puede ser de más interés.
- 5.4. Plan de acogida de nuevos trabajadores, para que a lo largo de una mañana los nuevos trabajadores del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea conozcan no solo sus derechos y deberes, sino también la organización a la que se incorporan.

## **6. Puesta al día de la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea:**

Quizá lo mas reseñable en el Area de personal, es el fuerte desarrollo que hubo en la misma, como la aparición de la figura de Director de RR.HH. en la Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y los correspondientes directores de personal en Centros y Areas de Salud.

## **7. Formación de personal en los Centros de la Red Pública:**

Además de los planes de formación continuada propiciados por el INAP y el Departamento de Salud:

7.1. Se ha potenciado la firma de convenios con diferentes Universidades, con el objeto de que alumnos de los últimos años de carrera puedan efectuar practicas en nuestros centros, priorizando las profesiones sanitarias

7.2. Realización de planes específicos de formación:

- 7.2.1. Charlas sobre responsabilidad civil
- 7.2.2. Charlas sobre baremo
- 7.2.3. Cursos de operadores de RX
- 7.2.4. Cursos de Calidad y Atención al Paciente
- 7.2.5. Cursos de Gestión Sanitaria
- 7.2.6. Seminarios para directivos
- 7.2.7. Plan de formación en materia de Prevención de riesgos laborales.

## **8. Salud laboral:**

8.1. Desde el comienzo de la década el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea apostó decididamente por la salud en el trabajo de sus profesionales, así en septiembre de 1991, se crea el Servicio de Salud Laboral, posteriormente se apoyó la creación del Instituto Navarro de Salud Laboral, en el que se integraban todos los servicios de salud laboral del Gobierno de Navarra, hasta que tras el acuerdo

sindical de 1997, se crea en 1998 el Servicio de prevención de riesgos laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Quien tras un estudio preliminar en el mismo año de su creación, realizó durante el año 1999 el estudio de evaluación de riesgos laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, cuyos resultados fueron presentados en el primer semestre de 2000

8.2. Plan de reubicaciones: en la medida en que nuestra plantilla va envejeciendo, van surgiendo problemas en cuanto a la idoneidad de esas personas para la realización de sus funciones en el puesto de trabajo que inicialmente tenían adjudicado. En la actualidad se están recogiendo los frutos de una política acertada en materia de reubicación, no solo con carácter definitivo, sino también de forma provisional, utilizando aquellas plazas que se encuentren reservadas.

## **9. Sistemas de Información de Personal:**

Ha sido y es uno de los problemas mas importantes en el Gestión Integral de los RRHH, la tendencia ha sido a dar soluciones individuales en cada Centro, aunque podemos señalar dos proyectos globales:

9.1. WSIGP, desarrollo con recursos internos del propio Servicio navarro de Salud-Osasunbidea, integraba todas las necesidades desde la gestión integrada de recursos humanos, exceptuando la nomina, que seguía siendo gestionada por el GIP

9.2. Meta 4, proyecto global para todos los departamentos del Gobierno, comenzó en septiembre de 1998, en la actualidad se encuentra en fase de desarrollo.

## **10. Gestión ordinaria:**

No menos importante es el día a día de una empresa que en la actualidad ronda los 8000 trabajadores, la mayor de nuestra Comunidad, con 9 grandes centros de contratación.

## **B) Logros reseñables:**

La doctrina no se ha puesto de acuerdo en cuál es el mejor régimen para los trabajadores del sistema, pero en lo que no hay discusión es en que sea un régimen para todos ellos. Bajo esta premisa al comienzo de la década se opto por el régimen funcional, varias fueron las razones que avalaban esa decisión:

La Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, sobre Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra en su artículo 49.1B), dispone que Navarra ostenta competencias exclusivas para la regulación del régimen estatutario de sus funcionarios públicos.

En un estado de autonomías como es el que propugna la Constitución Española, es lógico que si a una de éstas se le atribuyen determinadas competencias, y más si son exclusivas, las mismas sean ejercidas. Se trata de un acto de autogobierno de la Comunidad Autónoma que posibilita la descentralización de la gestión y una agilización de la resolución de los problemas que se plantean.

Desde que se firmo el primer Convenio Colectivo que afectaba al personal laboral de las administraciones públicas y sus organismos autónomos, de hecho la gestión que se ha realizado con los trabajadores laborales sanitarios, era cuasi funcional, ya que el contenido de las relaciones laborales, las normas que se les aplicaban, aunque fueran dentro del marco de un Convenio Laboral eran las mismas que se les aplicaban a los funcionarios. Con el inconveniente de que las normativas generales serian aprobadas en el Congreso, pudiendo producir desajuste con la normativa foral.

Por otro lado había una demanda de la representación sindical, apostando por la Funcionarización.

Consolidación de plantillas: La espera en las transferencias que iban a llegar, tuvo una consecuencia no deseada, aunque lógica por otra parte, la paralización de los procesos de selección de personal, por lo que se incrementaron las plantillas de temporales en nuestros Centros. A lo largo de estos últimos 10 años se ha hecho un gran esfuerzo en dos direcciones:

Por un lado se han ido convocando la mayoría de las plazas vacantes existentes.

Además determinadas plazas temporales (mas conocidas como estructurales) se han incorporado a la plantilla orgánica, siguiendo entonces el mismo tramite que las vacantes.

Salud Laboral: En junio de año 2000, se ha podido presentar a todos los directores de los centros y al Comité de Seguridad y Salud, la " Evaluación de riesgos laborales del Sns-O", excluidos los psicosociales, de los cuales se cuenta ya de los resultados de las encuestas, pero se tiene que hacer su valoración. Desde el primer momento se penso que para ser operativos teníamos que diseñar algo que pudiera ser aplicado con rapidez a pesar del riesgo que podíamos incurrir de no conseguir el 100 por cien de los problemas, deberíamos conseguir un documento abierto, sujeto a modificaciones en la medida que riesgos nuevos aparecieran, o que otros fueran resueltos.

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

### **C) Dificultades y retos**

Una empresa que cuenta con mas de 8.000 trabajadores en todos sus centros, debe tener una figura nítida que dirija de forma estratégica sus RR.HH.: que integrada dentro del comité de dirección del SNS-O, se encargue de las líneas maestras en la Dirección de personas:

- Planes de comunicación.
- Estudios de clima laboral
- Redimensionamiento plantillas
- Planes de carrera y motivación
- Formación
- Políticas de prevención
- Acomodaciones al cambio.

En resumen, hay que huir de la gestión ordinaria ( no tiene que ser un apaga fuegos), esta debe recaer mas directamente en los responsables de los centros

Sistemas de información de personal: Es urgente el que se disponga de una única base de datos del personal para todo el SNS-O, que siendo descentralizada en la gestión, este centralizada la información, lo que permitiría eliminar duplicidades, y trabajos repetitivos.

Gestión de las Ope (Oferta pública de empleo), una vez que el Gobierno de Navarra a petición de los órganos gestores del SNS-O la aprueba, la gestión de la misma debe salir ya del entorno de los centros, y no debe estar sujeta a los vaivenes de los mismos, sino que debe ser la propia unidad gestora de la selección de personal, quien debe marcar los tiempos, sin que ello se óbice de que los titulares de las

plazas ofertadas estén al tanto y permanentemente informados.

Prevención de riesgos laborales, La prevención es cosa de todos, debiera existir una mayor implicación de toda la estructura, y máxime en un futuro inmediato, donde las medidas correctoras van a implicar inversiones. A su vez el resto de obras e inversiones a realizar deben estar perfectamente coordinados con los planes de prevención para no tener que corregir nada.

Plantillas acordes con las necesidades presentes, que sean polivalentes y no sujetas a la plaza sino a la necesidad de la organización con la movilidad necesaria. En la misma línea no ampliar funciones sino no hay estudio de necesidades de personal y son dotados con los efectivos personales necesarios.

Establecimientos de sistemas reales que posibiliten la promoción del personal, logrando una mayor profesionalidad en los puestos de gestión.

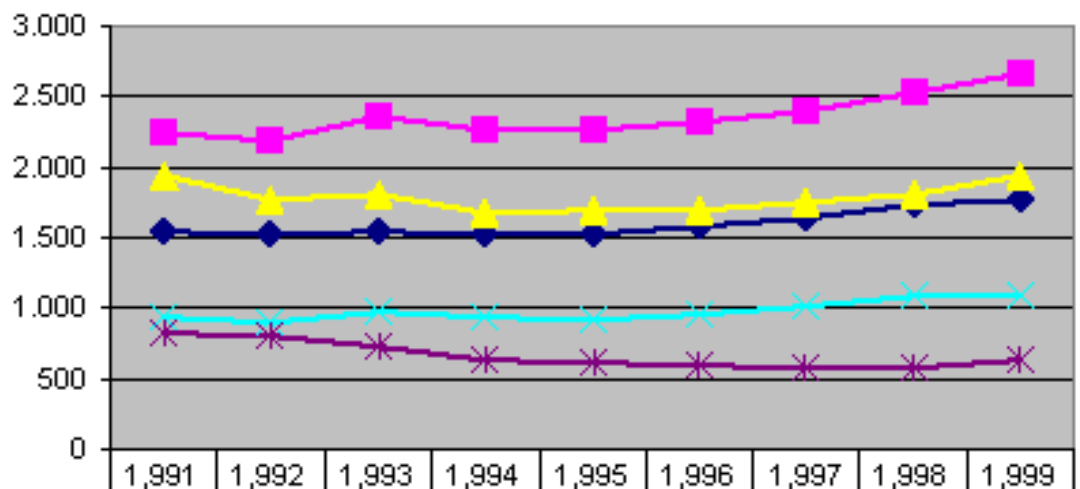
#### D) Necesidades de Modificación

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

Por último, se presenta la evolución de la plantilla total del SNS-O desde 1.991 hasta 1999, por estamentos. En la misma se incluye el personal fijo y el contratado, contabilizando como una plaza cada 12 meses de contrato temporal.

#### EVOLUCIÓN DE LA PLANTILLA TOTAL POR ESTAMENTOS.

Fuente: Memorias del SNS-O 1.991 a 1.999



● FACULTATIVOS	1.544	1.526	1.539	1.528	1.522	1.569	1.637	1.735	1.774
■ SANIT. TITULADOS	2.239	2.185	2.360	2.251	2.256	2.325	2.387	2.525	2.652
▲ SANIT. NO TITULADOS	1.934	1.767	1.807	1.680	1.690	1.684	1.739	1.800	1.934
× ADMINISTRATIVOS	925	885	970	939	920	942	1.013	1.085	1.081
* SERVICIOS GENERALES	816	805	713	632	599	592	564	574	623

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)



## ESTRATEGIA DE SALUD

# EVOLUCIÓN DEL GASTO DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD OSASUNBIDEA EN LOS AÑOS 90

**Autores: José Luis Moreno Ochoa y Ander Arrazola.**

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

En este informe se utiliza el concepto de gasto real.

A final de 1999 el Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea (SNS-O) era responsable de la asistencia de 506.477 ciudadanos. Este colectivo representa el 95,5% de la población residente en Navarra a 1.1.98 (última actualización oficial del Padrón). Los recursos económicos utilizados por el SNS-O dicho año sumaron la cantidad de 75.426 millones de pesetas, equivalentes a 148.923 ptas. por cada ciudadano protegido. Este esfuerzo financiero representa el 5,03% del PIB de Navarra para el año 1999 (PIB cf fuente: Funcas). La parte de la riqueza de Navarra dedicada al SNS-O, ha ido decreciendo desde un máximo histórico en 1993, del 5,52%

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

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

Desde el ejercicio presupuestario de 1991, primero desde la transferencia de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, el gasto real, ha crecido en 8 años y en ptas. corrientes el 76,8%, a un ritmo promedio anual del 9,6%. (En pesetas constantes el crecimiento en ese periodo ha sido del 27.1% equivalente a 3.4% anual). A lo largo del periodo se pueden distinguir tres etapas diferentes: Uno primero, hasta el año 1.994, con incrementos interanuales del 11% y superiores. Un segundo periodo que llega hasta 1.996 con crecimientos de gasto muy moderados y por último un tercer periodo que cubre el final de los años noventa en el cual el crecimiento se mantiene constante en valores próximos al 7-7,5%.

### **Gasto real del SNS-O. Crecimiento anual 1991 a 1999 (pesetas corrientes)**

	92/91	93/92	94/93	95/94	96/95	97/96	98/97	99/98
Crecimiento anual	11.0	11.2	2.3	5.0	6.4	7.7	7.6	6.9

La estructura del gasto por capítulos económicos (Ver gráfico) muestra la importancia de las retribuciones de personal en el conjunto del gasto, ya que representaron en 1.999 el 52,9% del total de gasto. La compra de bienes y servicios con el 22,7% de participación en el gasto es el segundo concepto de gasto. Las transferencias corrientes representaron en 1999 el 19,8%, mientras que el conjunto de gastos de capital sumaron el 4,7% del gasto.

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

Un crecimiento constante de las transferencias corrientes desde 16,1 hasta el 19,8% como consecuencia de los fuertes incrementos de gasto habidos en el pago de la factura farmacéutica.

La participación constante, próximo al 23% del capítulo de compra de bienes y servicios.

Las variaciones en el capítulo I en función de la mayor o menor disponibilidad de presupuesto para otros gastos.

Por último es de notar la fuerte reducción de las inversiones a mediados de los noventa con tendencia a la recuperación en estos últimos años.

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

Ahondando en este análisis, en otro gráfico se presenta la evolución del gasto desde 1.994 a 1999 por conceptos de gasto más detallados. En él puede observarse que el incremento de gasto para el SNS-O en el periodo ha sido del 38.42%. En cambio, en ese periodo el gasto farmacéutico en los hospitales y fuera de los mismo ha crecido el 90,7 y el 83,1% respectivamente. Los gastos de capital incrementan un 83,1% desde 1.994, pero a diferencia del gasto en farmacia, el mayor esfuerzo en inversión no se hace real hasta el ejercicio de 1997. Por el contrario los conceptos de Prestaciones y de Otras subvenciones en 1999, apenas alcanzan el nivel de gasto de 1.994.

### **Incremento de gasto y destino del diferencial de gasto entre 1994 y 1999 en el SNS-O .**

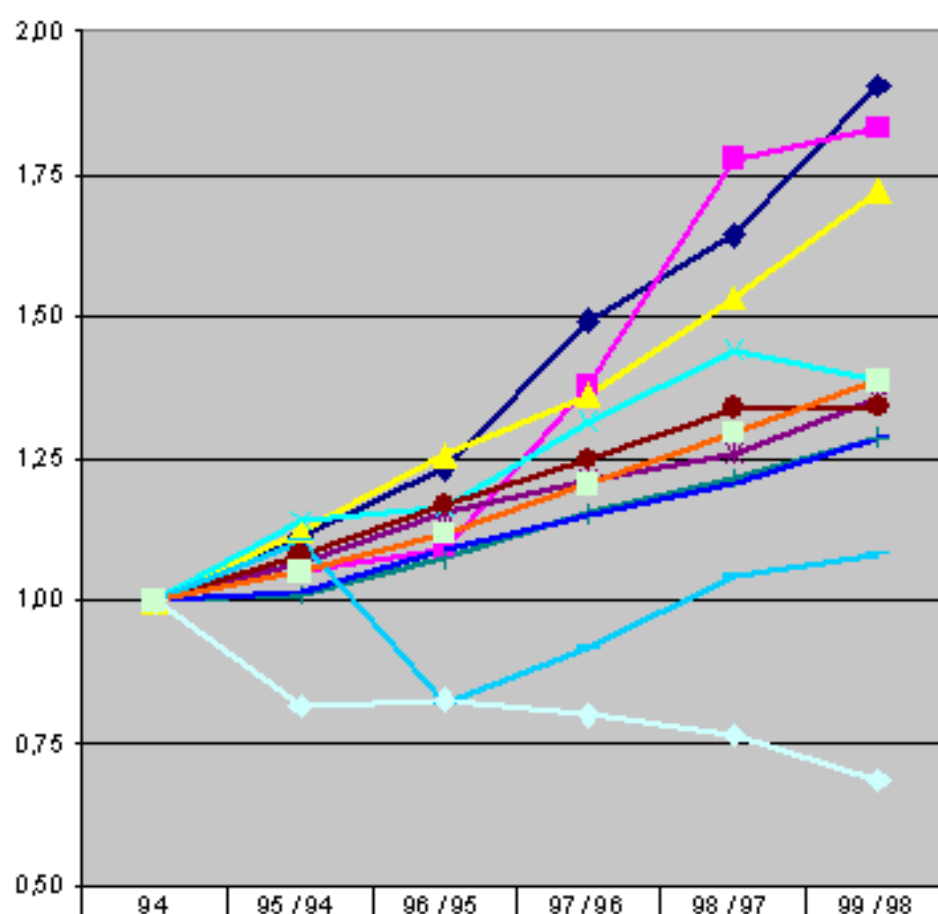
<b>Or den</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Millones de ptas.</b>	<b>% de incremento 99/94</b>	<b>Or den</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Millones de ptas.</b>	<b>% de incremento 99/94</b>
1	Farmacia extrahospitalaria	5.968	72.0	8	Clínica Ubarmin	499	25.0
2	Hospital de Navarra*	4.032	35.9	9	Instituto de Salud Pública	381	55.4
3	Hospital Virgen del Camino**	3723	31.8	10	Banco de Sangre	143	35.7
4	Atención Primaria y S. Mental	2.601	30.3	11	Salud Laboral	108	¿?
5	Area de Tudela	1.374	34.0	12	Servicios Centrales	95	11.2
6	Area de Estella	1.016	34.9	13	U. Investiga. Bio.	54	¿?
7	Prestaciones	766	23.2		<b>TOTAL</b>	<b>20.917</b>	<b>38.4</b>

\* Incluye 50% de ambulatorios. \*\* Incluye 50% de ambulatorios y centros de atención a la mujer.

<b>EVOLUCIÓN DEL GASTO REAL EN EL SNS-O. 1.991 A 1.999.</b>							<b>En millones de ptas.</b>		
Fuente: Contabilidad del SNS-O y Liquidaciones presupuestarias.									
Concepto	1.991	1.992	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999
Retribuciones fijas				23.235	23.575	25.302	26.692	28.012	29.911
Retribuciones variables				2.835	3.062	3.316	3.535	3.791	3.810
Seguridad Social				4.804	4.864	5.156	5.537	5.850	6.190
<b>Capítulo I</b>	<b>22.803</b>	<b>25.564</b>	<b>29.494</b>	<b>30.874</b>	<b>31.500</b>	<b>33.774</b>	<b>35.764</b>	<b>37.654</b>	<b>39.911</b>
Compra fármacos				1.463	1.627	1.803	2.183	2.402	2.791
Otros gastos funcionamiento				7.853	8.392	9.070	9.533	9.895	10.621
Conciertos				2.643	3.018	3.079	3.480	3.808	3.677
<b>Capítulo II</b>	<b>9.890</b>	<b>10.840</b>	<b>11.825</b>	<b>11.960</b>	<b>13.038</b>	<b>13.952</b>	<b>15.195</b>	<b>16.105</b>	<b>17.089</b>
Farmacia				8.269	9.303	10.403	11.301	12.709	14.257
Prestaciones				406	330	336	325	311	278
Otras subvenciones				351	388	287	322	367	381
<b>Capítulo IV</b>	<b>6.885</b>	<b>8.074</b>	<b>8.582</b>	<b>9.046</b>	<b>10.021</b>	<b>11.026</b>	<b>11.948</b>	<b>13.386</b>	<b>14.915</b>
Gasto corriente	39.577	44.478	49.901	51.880	54.559	58.752	62.907	67.145	71.915
<b>Capítulo VI</b>	<b>2.934</b>	<b>2.568</b>	<b>2.445</b>	<b>1.817</b>	<b>1.884</b>	<b>1.966</b>	<b>2.498</b>	<b>3.279</b>	<b>3.412</b>
<b>Capítulo VII</b>	<b>144</b>	<b>145</b>	<b>148</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>124</b>	<b>141</b>	<b>126</b>	<b>99</b>
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gasto capital	3.079	2.712	2.593	1.917	2.021	2.090	2.639	3.404	3.511
<b>TOTAL GASTO S.N.S.-O.</b>	<b>42.656</b>	<b>47.190</b>	<b>52.493</b>	<b>53.797</b>	<b>56.580</b>	<b>60.842</b>	<b>65.546</b>	<b>70.550</b>	<b>75.426</b>
Ingresos	914	928	978	1.060	1.113	1.216	1.269	1.362	1.551
NOTA: no se contabiliza el gasto del ISP en el SNS-O hasta el ejercicio de 1.996.									

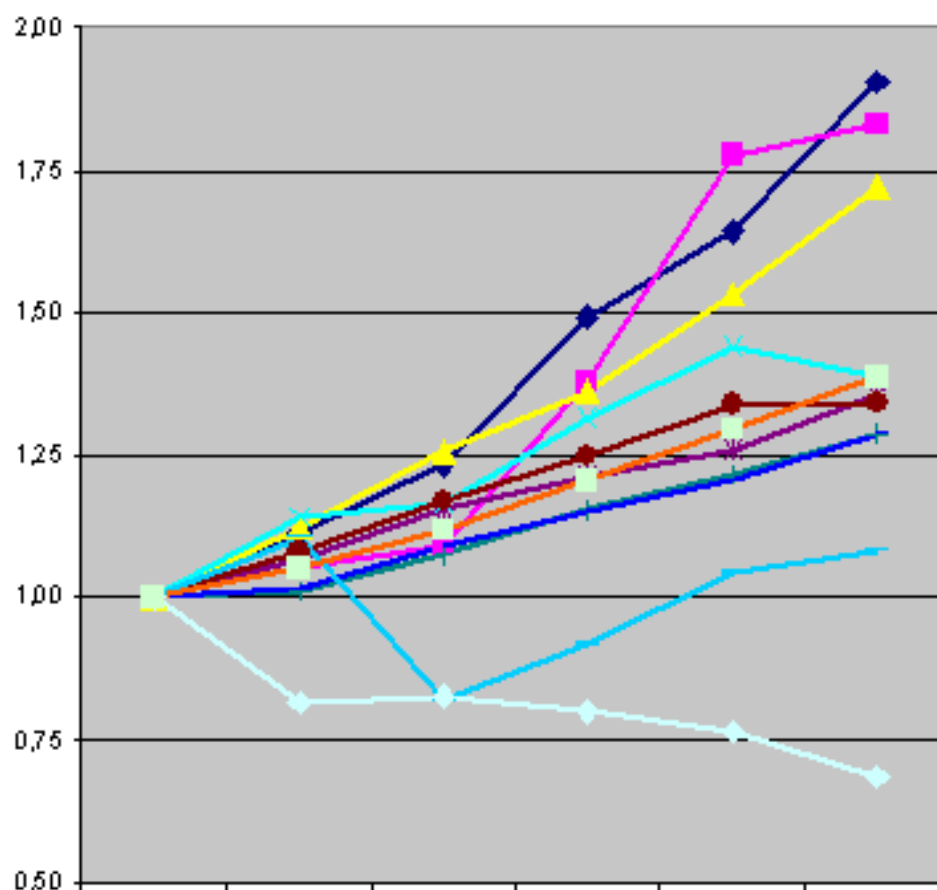
<b>EVOLUCIÓN DEL GASTO REAL EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD OSASUNBIDEA. 1.991 -</b>									
	1.991	1.992	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999
S.S.C.C.				846	953	779	766	976	941
U.I.B.				0	0	0	46	62	54
Salud Laboral				0	0	0	0	0	108
Redu.LL.EE.				0	0	0	0	0	495
Banco Sangre				400	396	412	486	462	543
Hos. Navarra				10.067	10.183	10.963	12.043	12.703	13.692
Hos.Virgen				11.025	11.459	11.736	12.592	13.701	13.820
C. At. Mujer				0	0	0	0	0	677
Clínica Ubarmin				1.993	2.040	2.137	2.184	2.326	2.491
Ambulatorios				2.354	2.614	2.621	2.721	2.815	2.668
Tudela				4.040	4.178	4.507	4.747	5.160	5.414
Estella				2.915	2.923	3.175	3.398	3.624	3.931
At. Primaria				8.566	18.219	20.058	21.667	23.446	25.454
Prestaciones				11.591	3.616	3.659	3.911	4.228	4.068
Ins.Salud Publica				0	0	794	985	1.045	1.069
<b>TOTAL</b>	<b>43.107</b>	<b>47.864</b>	<b>53.246</b>	<b>54.484</b>	<b>57.188</b>	<b>60.842</b>	<b>65.546</b>	<b>70.550</b>	<b>75.426</b>
Variación		11,0	11,2	2,3	5,0	6,4	7,7	7,6	6,9
En toda la serie, el gasto del ISP esta incorporado al total del gasto del									

Evolución de los principales conceptos de gasto en el SNS-O. 1.994 a 1.999.



	94	95 /94	96 /95	97 /96	98 /97	99 /98
Compra fármacos en hospitales	1	1,11233164	1,23217443	1,49193623	1,64173886	1,90744246
Gasto capital	1	1,05421988	1,09018147	1,37665005	1,77563514	1,83119238
Farmacia extra hospitalaria	1	1,12230983	1,25506292	1,36335661	1,53324497	1,72000562
Conciertos	1	1,1418178	1,16492112	1,31637082	1,44065713	1,39103696
Otros gastos funcionamiento	1	1,06861525	1,15495791	1,21382288	1,25999193	1,35243177
Retribuciones variables	1	1,08015247	1,16969636	1,24712147	1,3375639	1,34407061
Seguridad Social	1	1,01235655	1,07328255	1,15246665	1,21775371	1,28843986
Retribuciones fijas	1	1,01462765	1,08896829	1,14879279	1,20560357	1,28734269
Otras subvenciones	1	1,10517386	0,81763393	0,91758952	1,04509972	1,08348374
Prestaciones	1	0,81370133	0,82629227	0,80087157	0,76459813	0,68415545
TOTAL GASTO S.N.S.-O.	1	1,04961665	1,11668755	1,20302763	1,29486041	1,38435593

Evolución de los principales conceptos de gasto en el SNS-O. 1.994 a 1.999.



	94	95 /94	96 /95	97 /96	98 /97	99 /98
Compra fármacos en hospitales	1	1,11233164	1,23217443	1,49193623	1,64173886	1,90744246
Gasto capital	1	1,05421988	1,09018147	1,37665005	1,77563514	1,83119238
Farmacia extrahospitalaria	1	1,12230983	1,25506292	1,36335661	1,53324497	1,72000562
Conciertos	1	1,1418178	1,16492112	1,31637082	1,44065713	1,39103696
Otros gastos funcionamiento	1	1,06861525	1,15495791	1,21382288	1,25999193	1,35243177
Retribuciones variables	1	1,08015247	1,16969636	1,24712147	1,3375639	1,34407061
Seguridad Social	1	1,01235655	1,07328255	1,15246665	1,21775371	1,28843986
Retribuciones fijas	1	1,01462765	1,08896829	1,14879279	1,20560357	1,28734269
Otras subvenciones	1	1,10517386	0,81763393	0,91758952	1,04509972	1,08348374
Prestaciones	1	0,81370133	0,82629227	0,80087157	0,76459813	0,68415545
TOTAL GASTO S.N.S.-O.	1	1,04961665	1,11668755	1,20302763	1,29486041	1,38435593

**EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS EN LOS PRINCIPALES CENTROS ASISTENCIALES.****GASTO REAL, EXPRESADO EN MILES DE PTAS.**

Fuente: Contabilidad del SNS-O

**HOSPITAL DE NAVARRA**

	1,994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999
Concepto						
Retribuciones fijas	5.527.432	5.587.431	5.843.405	6.133.905	6.291.896	6.655.581
Retribuciones variables	631.724	640.642	684.990	754.750	801.246	842.080
Seguridad Social	674.509	693.799	731.597	805.475	862.576	991.142
Capítulo I	6.833.665	6.921.872	7.259.992	7.694.130	7.955.718	8.488.803
Compra fármacos	586.184	639.188	786.186	981.294	1.138.522	1.363.862
Otros gastos funcionamiento	2.288.719	2.374.823	2.560.799	2.615.692	2.778.789	2.868.824
Capítulo II	2.874.903	3.014.011	3.346.985	3.596.986	3.917.311	4.232.686
Farmacia						
Resto subvenciones	0	0	0			
Capítulo IV	0	0	0	0	0	0
Gasto corriente	9.708.568	9.935.883	10.606.977	11.291.116	11.873.029	12.721.489
Capítulo VI-Inversiones	358.160	246.627	356.218	752.027	829.495	970.558
Capítulo VII-Tansfe. capital	0	0	0			
Gasto capital	358.160	246.627	356.218	752.027	829.495	970.558
TOTAL	<b>10.066.728</b>	<b>10.182.510</b>	<b>10.963.195</b>	<b>12.043.143</b>	<b>12.702.524</b>	<b>13.692.047</b>
Ingresos	372.721	433.590	413.673	442.919	423.201	389.338

**EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS EN LOS PRINCIPALES CENTROS ASISTENCIALES.****GASTO REAL, EXPRESADO EN MILES DE PTAS.**

Fuente: Contabilidad del SNS-O

**HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO**

	1,994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999
Concepto						
Retribuciones fijas	5.977.971	5.991.851	6.257.700	6.554.806	6.910.136	7.201.809
Retribuciones variables	633.842	674.171	767.376	808.457	871.332	909.387
Seguridad Social	1.421.085	1.431.292	1.484.685	1.593.838	1.671.048	1.726.596
Capítulo I	8.032.898	8.097.314	8.509.761	8.957.101	9.452.516	9.837.792
Compra fármacos	543.822	628.311	616.446	733.170	694.435	798.842
Otros gastos funcionamiento	1.947.651	2.138.214	2.160.772	2.217.455	2.357.118	2.455.611
Capítulo II	2.491.473	2.766.525	2.777.218	2.950.625	3.051.553	3.254.453
Farmacia						
Resto subvenciones	5.553	5.758	5.960	6.133	6.262	6.374
Capítulo IV	5.553	5.758	5.960	6.133	6.262	6.374
Gasto corriente	10.529.924	10.869.597	11.292.939	11.913.859	12.510.331	13.098.619
Capítulo VI-Inversiones	494.746	588.971	443.374	678.367	1.190.944	721.870
Capítulo VII-Tansfe. capital	0	0	0			
Gasto capital	494.746	588.971	443.374	678.367	1.190.944	721.870
TOTAL	<b>11.024.670</b>	<b>11.458.568</b>	<b>11.736.313</b>	<b>12.592.226</b>	<b>13.701.275</b>	<b>13.820.489</b>
Ingresos	195.307	207.960	222.704	213.584	218.547	372.598

<b>EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS EN LOS PRINCIPALES CENTROS ASISTENCIALES.</b>						
<b>GASTO REAL, EXPRESADO EN MILES DE PTAS.</b>						
Fuente: Contabilidad del SNS-O						
	<b>HOSPITAL DE ESTELLA</b>					
	1,994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999
Concepto						
Retribuciones fijas	1.553.334	1.548.280	1.652.608	1.779.907	1.922.747	2.020.494
Retribuciones variables	320.622	354.021	392.620	420.802	449.424	457.339
Seguridad Social	412.827	406.852	430.479	465.782	493.725	518.792
Capítulo I	2.286.783	2.309.153	2.475.707	2.666.491	2.865.896	2.996.625
Compra fármacos	68.898	72.271	81.313	81.977	98.366	104.999
Otros gastos funcionamiento	440.063	473.029	514.109	555.574	571.316	601.585
Capítulo II	508.961	545.300	595.422	637.551	669.682	706.584
Farmacia						
Resto subvenciones	925	960	993	1.022	1.044	1.062
Capítulo IV	925	960	993	1.022	1.044	1.062
Gasto corriente	2.796.669	2.855.413	3.072.122	3.305.064	3.536.622	3.704.271
Capítulo VI-Inversiones	118.407	67.943	102.458	92.844	87.614	227.166
Capítulo VII-Tansfe. capital	0	0	0			
Gasto capital	118.407	67.943	102.458	92.844	87.614	227.166
<b>TOTAL</b>	<b>2.915.076</b>	<b>2.923.356</b>	<b>3.174.580</b>	<b>3.397.908</b>	<b>3.624.236</b>	<b>3.931.437</b>
Ingresos	58.050	61.945	73.585	66.276	65.204	96.732

<b>EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS EN LOS PRINCIPALES CENTROS ASISTENCIALES.</b>						
<b>GASTO REAL, EXPRESADO EN MILES DE PTAS.</b>						
Fuente: Contabilidad del SNS-O						
<b>HOSPITAL DE TUDELA</b>						
	1,994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999
Concepto						
Retribuciones fijas	2.196.055	2.238.115	2.349.082	2.464.314	2.628.078	2.837.763
Retribuciones variables	370.088	398.313	433.115	469.419	509.744	529.075
Seguridad Social	580.132	546.605	592.151	629.760	660.774	703.777
Capitulo I	3.146.275	3.183.033	3.374.348	3.563.493	3.798.596	4.070.615
Compra fármacos	136.152	142.669	154.671	195.917	241.807	269.146
Otros gastos funcionamiento	704.046	742.341	813.658	871.934	875.290	919.908
Capitulo II	840.198	885.010	968.329	1.067.851	1.117.097	1.189.054
Farmacia						
Resto subvenciones	5.431	5.499	5.567	5.624	6.803	10.624
Capitulo IV	5.431	5.499	5.567	5.624	6.803	10.624
<b>Gasto corriente</b>	<b>3.991.904</b>	<b>4.073.542</b>	<b>4.348.244</b>	<b>4.636.968</b>	<b>4.922.496</b>	<b>5.270.293</b>
Capitulo VI-Inversiones	48.424	104.760	158.907	109.655	237.816	143.550
Capitulo VII-Transfe. capital	0	0	0			
<b>Gasto capital</b>	<b>48.424</b>	<b>104.760</b>	<b>158.907</b>	<b>109.655</b>	<b>237.816</b>	<b>143.550</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.040.328</b>	<b>4.178.302</b>	<b>4.507.151</b>	<b>4.746.623</b>	<b>5.160.312</b>	<b>5.413.843</b>
Ingresos	92.906	70.481	83.810	96.906	91.124	152.811



<b>EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS EN LOS PRINCIPALES CENTROS ASISTENCIALES.</b>						
<b>GASTO REAL, EXPRESADO EN MILES DE PTAS.</b>						
Fuente: Contabilidad del SNS-O						
<b>ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL</b>						
	1,994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999
Concepto						
Retribuciones fijas	4.858.759	4.954.108	5.245.107	5.610.433	5.956.120	6.130.808
Retribuciones variables	791.233	902.730	937.776	971.073	949.073	925.096
Seguridad Social	981.136	1.039.651	1.130.085	1.205.076	1.269.192	1.292.550
Capítulo I	6.631.128	6.896.489	7.312.968	7.786.582	8.174.385	8.348.454
Compra fármacos	95.169	110.092	129.451	66.468	76.470	90.201
Otros gastos funcionamiento	987.447	1.164.498	1.315.404	1.501.615	1.540.838	1.597.188
Capítulo II	1.082.616	1.274.590	1.444.855	1.568.083	1.617.308	1.687.389
Farmacia	8.288.802	9.302.604	10.402.968	11.300.593	12.708.764	14.256.786
Resto subvenciones	336.506	286.573	272.700	291.715	297.267	325.890
Capítulo IV	8.625.308	9.589.177	10.675.668	11.592.308	13.006.031	14.582.676
<b>Gasto corriente</b>	<b>16.339.052</b>	<b>17.760.256</b>	<b>19.433.491</b>	<b>20.946.973</b>	<b>22.797.724</b>	<b>24.618.519</b>
Capítulo VI-Inversiones	415.699	459.162	504.012	579.570	522.166	736.859
Capítulo VII-Transfe. capital	99.960	0	120.458	140.841	125.618	99.098
<b>Gasto capital</b>	<b>515.659</b>	<b>459.162</b>	<b>624.470</b>	<b>720.411</b>	<b>647.784</b>	<b>835.957</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16.854.711</b>	<b>18.219.418</b>	<b>20.057.961</b>	<b>21.667.384</b>	<b>23.445.508</b>	<b>25.454.476</b>
Ingresos	164.697	148.704	165.197	195.145	186.888	160.282

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

**ESTRATEGIA DE SALUD**  
**Mejora del Sistema de Cuidados de Salud**  
**PROGRAMAS DE SALUD**

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA. DIEZ**  
**AÑOS DE ANDADURA**

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

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

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

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

## **1. RESULTADOS**

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

### **1.1.- Participación**

Durante este periodo han sido convocadas para realizarse la exploración 80.126 mujeres residentes en Navarra con edades comprendidas entre 45 y 65 años, de las que un 88,97% (71.286 mujeres) han acudido al menos una vez a las unidades de detección. 1.206 mujeres aportaron información válida sobre una mamografía anterior que permitió posponer la primera exploración a la vuelta siguiente.

Sobre 129.586 situaciones en las que la mujer había sido explorada en la vuelta anterior, se ha repetido la exploración en su intervalo en el 96,26% de los casos, lo que traduce la gran adherencia que se produce. En 1.360 de 2.824 ( 48,16%) casos se realizó la mamografía con un intervalo igual o superior a 4 años respecto a la exploración anterior.

### **1.2.- Resultados del test de screening**

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

El porcentaje de mujeres que precisan valoración adicional varía en relación al tipo de exploración, entre un 9,84 en las mujeres que han

tenido una exploración en la vuelta anterior y un 19, 07 en las mujeres que se exploran por primera vez.

### **1.3.- Resultados del proceso completo (detección-diagnóstico)**

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

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

### **1.4.- Tasas de detección**

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

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

### **1.5.- Tipo de tumores detectados**

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

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

## **2. IMPACTO DEL PROGRAMA**

### **2.1.- Incidencia de Cáncer de Mama**

Según los datos del registro de tumores se ha producido un incremento de la incidencia del 40% entre el quinquenio 85-89 y el 90-94, periodo en el que se completa la primera vuelta del programa, siendo mucho más acusado el aumento en el año 1991. Comparando los tumores que se han diagnosticado a través del programa con los que se han diagnosticado por otros medios se observa una clara diferencia a favor de los primeros. 16% frente a 4% son In situ, 70% frente a 36% son invasivos menores de 2 centímetros; De todos los invasivos, 51% tienen invasión ganglionar frente a un 67% en los que no proceden del Programa

### **2.2- Supervivencia**

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

### **2.3.- Mortalidad**

Se constata una estabilización de las tasas de mortalidad por cáncer

de mama.

	1 <sup>a</sup> vuelta	2 <sup>a</sup> vuelta	3 <sup>a</sup> vuelta	4 <sup>a</sup> vuelta	5 <sup>a</sup> vuelta
Fecha de finalización	jul-92	jul-94	jul-96	jul-98	jul-00
<b>PROCESO</b>					
Mujeres exploradas	49.631	56.949	54.571	55.266	56.808
Imágenes adicionales (%)					
Mamografía	18,4	12,91	9,77	9,17	6,77
Ecografía	1,45	1,5	2,19	1,88	1,75
Revisiones intermedias (%)	9,12	9,99	6,85	9,46	7,38
Envíos Hospital (%)					
Total					
Con sospecha de malignidad	1,25	0,66	0,7	0,7	N.D.
	1,1	0,58	0,59	0,61	N.D.
<b>INDICADORES PREDICTORES</b>					
Participación (%)	84,6	86,4	87,5	87,5	87,5
Tumores detectados					
Tasa de detección (%)	289	178	178	215	N.D.
	0,58	0,31	0,33	0,39	N.D.
Tipo de Tumores (%)					
Estadio 0 (in situ)					
Estadio I					
Estadio 0 o 1	16,5	14,9	26,2	20,6	N.D.
Invasivos <=20 mm	46,99	47,73	37,72	48,62	N.D.
	63,49	62,63	63,92	69,22	N.D.
Sin filtración ganglionar	71,8	60,4	75,6	63,82	N.D.
	72,5	77,1	71,4	79,4	N.D.
N.D.: datos no disponibles					

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

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

**ESTRATEGIA DE SALUD**  
**Mejora del Sistema de Cuidados de Salud**  
**PROGRAMAS DE SALUD**

**SALUD BUCODENTAL**

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI)**

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

**ESTRUCTURA: recursos humanos y físicos**

Situaciones analizadas de la estructura:

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

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

**PROCESO: Actividades Desarrolladas**

**ACTIVIDADES PREVENTIVAS:**

**1. Sellado de Fisuras:**

Esta actividad tenía como objetivo disminuir la incidencia de caries en las superficies oclusales de los molares definitivos. Desde 1988 a 1990 se dirigió a la población escolar de 1º EGB; desde 1991 a la de 8º EGB/2º ESO que, en las revisiones de salud escolar, era catalogada como de "alto riesgo" de desarrollar



Población Diana (PD)	10.875	16.100	21.262	26.339	31.435	36.255	41.000	46.000	50.750
% de PD atendida (NA)	39.12	40.50	42.70	43.76	46.60	50.20	55.50	61.00	61.80
Dientes sellados / 100 NA	65.60	68.34	61.61	56.66	57.37	64.15	60.94	63.28	?
Dientes obturados / 100 NA	14.00	15.25	20.04	22.16	20.75	25.75	27.31	34.01	?
Dientes con tto. Pulpar / 100 NA	1.85	2.85	1.52	2.28	1.90	2.38	1.88	1.86	?
Fluorizaciones tópicas / 100 NA	0	0	0	0.43	1.30	2.43	1.29	1.49	?
Permanentes extraídos / 100 NA	0.07	0.12	0.17	0.42	0.69	0.85	0.95	0.95	?
Temporales extraídos / 100 NA	12.95	13.18	12.86	15.33	14.38	13.39	11.31	11.87	?
Radiografías intraorales / 100 NA	6.25	6.27	7.95	9.94	9.40	8.27	6.60	7.01	?

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

## RESULTADOS: Cambios en el Estado de Salud en Navarra.

Índice	1987	1997
Prevalencia de caries a los 6 años	62.80*	36.40
Prevalencia de caries en dentición permanente a los 9 años	49.20	19.90
Prevalencia de caries a los 12 años	70.00*	42.20*
Prevalencia de caries a los 14 años	84.30	49.20
Índice CAOD a los 6 años	0.28*	0.04
Índice cod a los 9 años	2.66	1.29
Índice CAOD a los 9 años	1.03	0.35
Índice CAOD a los 12 años	2.30*	0.90
Índice CAOD a los 14 años	3.73	1.35
Índice de restauración en dentición permanente a los 9 años	22.30	77.10

Índice de restauración en dentición permanente a los 12 años	42.17*	81.10
Índice de restauración en dentición permanente a los 14 años	38.90	76.30
Nº de sextantes periodontalmente sanos a los 14 años	1.60	3.92
% de niños de 14 años con un índice CPITN = 0	0.45	23.90
% de niños de 14 años con un índice CPITN = 1	16.16	63.10

\* dato estimado

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

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

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

### **Índices epidemiológicos a los 12 años en diferentes Comunidades y Países de nuestro entorno.**

<b>Comunidad/País</b>	<b>Año</b>	<b>Índice CAOD</b>	<b>Prevalencia de caries</b>	<b>Índice de restauración</b>
Navarra	1997	0.90	42.20	81.10
Cataluña	1997	0.90	46.60	44.60
País Vasco	1998	1.00	43.00	73.30
Andalucía	1995	2.69	73.00	25.00
España	1994	2.32	68.30	37.90
Dinamarca	1994	1.30	51.00	-
Reino Unido	1993	1.40	52.00	-
Francia	1993	2.07	65.00	-
Holanda	1993	0.90	40.00	-

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

### **CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN EL PLAN DE SALUD:**



Indice	1987	OBJETIVO 2000		1997
		nº	Plan Salud	
Prevalencia de caries a los 6 años	62.80*	25	50	26.80
Prevalencia de caries a los 12 años	70.00*	25	50	30.00
Indice CAOD a los 12 años	2.50*	26	= ó < 2	0.90
% de niños de 14 años con un índice CPITN = 0 - 1	16.61	27	50	87.00
Nº de sextantes periodontalmente sanos a los 14 años	1.59	27	2.50	3.92
Prevalencia de edentulosis total a los 65-74 años	39.60**	28	30	?
% de personas dentadas de 65-74 años con índice CPITN = 3-4	24.00**	28	10	?

\* Dato estimado \*\* Dato de 1988

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

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

### **Encuesta Epidemiológica sobre la Salud Dental de los Escolares de Navarra 1997.**

**Realizada por Javier Cortés Martinicorena**

Algunos resultados y comentarios.

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

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

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

Asistencia al PADI: (Plan de Asistencia Dental Infantil).

Ante la pregunta de si ha acudido a algún dentista en el último año, las respuestas según la edad de los escolares han sido:

- A los 6 años (en el primer año de entrada en el programa) el 50,3% de los que pueden acudir acuden. Otro 20,8% acude al PADI, 25,5% privado y

11,9% no ha acudido.

- - A los 12 años el 61,2% PADI, 21,3% a privado y 17,5% no acude.
- - A los 14 (no había PADI) 67,2% acude a un privado y 32,8% no acude.

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

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

### Asistencia al dentista en el último año

EDAD	6	9	12	14
No ha acudido el último año	28.9	11.9	17.5	32.8
Financiación privada	20.8	25.5	21.3	67.2*
Financiación PADI	50.3	62.6	61.2	-

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

*Fuente: Encuesta epidemiológica sobre la salud dental de los escolares de Navarra 1.997. Cortés y al.*

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

**ESTRATEGIA DE SALUD**  
**Mejora del Sistema de Cuidados de Salud**  
**PROGRAMAS DE SALUD**

**PREVENCIÓN FRENTE AL SIDA Y APOYO A PERSONAS**  
**AFECTADAS**

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

**INSTITUCIONES Y ORGANISMOS CON LOS QUE SE HA TRABAJADO**

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

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

**OBJETIVOS PRETENDIDOS AL INICIO Y POSIBLES ADAPTACIONES**

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

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

1. Contribuir a frenar la progresión de la infección por el VIH en nuestra comunidad con respecto a la tendencia seguida hasta la actualidad
2. Garantizar la atención adecuada física, psicológica y/o social a las personas con prácticas de riesgo, seropositivas, enfermas y/o seres queridos (en la red de utilización pública y/o en los

- organismos comunitarios)
3. Conseguir un "clima social" adecuado respecto al problema de la infección VIH/SIDA, favoreciendo corrientes de opinión y actitudes de respeto y democráticas respecto a las personas y a las supuestas prácticas de riesgo.
  4. Lograr una formación integral y continuada de profesionales, involucrados en el desarrollo de este Programa dependientes del Departamento de Salud, otros Departamentos y Organismos públicos y entidades comunitarias y potenciar la investigación sobre el tema.
  5. Mantener un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica que aporte datos fiables de prevalencia de infección, incidencia y mortalidad por VIH/SIDA, garantizando la confidencialidad conseguida.
  6. Coordinar y/o impulsar en su caso, la coordinación de las estructuras y organismos departamentales y extradepartamentales implicados en Navarra en el problema de la infección VIH/SIDA.
  7. Estimular la participación de profesionales y organismos comunitarios en el desarrollo del Programa.

### **ACTUACIONES HABIDAS**

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

- Impulso y elaboración de directrices consensuadas para abordar la prevención de sida en el conjunto de la sociedad Navarra.
- Elaboración de consensos técnicos profesionales de actuación en materia de atención primaria y de prevención.
- Definición de un marco general de trabajo conjunto con las Organizaciones no Gubernamentales, y subvención de proyectos anuales de funcionamiento de actividades en las áreas de prevención, sensibilización, información, ayuda mutua, apoyo emocional, y acogida.
- Desarrollo conjuntamente con otras instituciones de dispositivos de acogida, apoyo a personas con carencias afectadas por situaciones relacionadas con la infección por vih, mediante el acceso a prestaciones u otro tipo de apoyos.
- Desarrollo de iniciativas de actuación en diversos ámbitos: Farmacias, centros educativos, locales de ONG, prisión, Centros de Atención Primaria, etc., basadas en las llamadas estrategias de reducción de riesgo.

### **LOGROS ALCANZADOS**

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

- Inicio y mantenimiento de dispensación de kits sanitarios

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

### **DIFICULTADES CONSTATADAS Y PROBLEMAS ACTUALES**

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

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

Las principales dificultades constatadas en la actualidad son las siguientes:

1. Los cambios en la terapéutica y técnicas diagnosticas en relación con la infección han modificado substancialmente la capacidad de actuación de Atención Primaria quedando en estas condiciones pendientes de actualización @ la competencia y funciones actuales la Guías de actuación ante la infección por vih en Atención Primaria. No obstante esta situación, se han incorporado a la Cartera de Servicios de Atención Primaria acciones relacionadas con la prevención y detección de infección por vih, que deberán ser incorporadas progresivamente a la Cartera de Servicios de cada E.A.P.
2. Se han incorporado a la práctica habitual de técnicas diagnosticas y terapéuticas el Consentimiento Informado, actitud que aunque no exclusiva de situaciones relacionadas con la infección por vih/sida, ha afectado en el pasado de manera notable a personas o pacientes y ha contribuido a

distorsionar el clima social y ha afectado a algunos aspectos relacionados con la atención.

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

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

**ESTRATEGIA DE SALUD**  
**Mejora del Sistema de Cuidados de Salud**  
**PROGRAMAS DE SALUD**

**PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIAS**  
Información obtenida del "Informe 2000" del Instituto de Salud Pública.

**Sección de Detección Precoz. Instituto de Salud Pública**

El Programa de Detección Precoz de Hipoacusias en el periodo neonatal se establece por norma recogida en la Orden Foral 170/1998 de 16 de Noviembre, del Consejero de Salud.

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

**OBJETIVOS:** Detección de todas las sorderas congénitas antes del tercer mes de vida Proceder a la estimulación precoz y el tratamiento adecuado

**BASES DEL PROGRAMA:**

**Población diana:** Todos los Recién Nacidos en Navarra y los que nazcan en otra Comunidad, de madres residentes en Navarra

**Test de detección:** Otoemisiones acústicas de estímulo transitorio

**Proceso de detección:** La prueba de detección se realiza al tercer día de vida. Si la prueba no es superada se repite a los 15 días de vida y si ésta tampoco se supera se repite a los 90 días de vida. Para confirmación de la Hipoacusia y su diagnóstico se procede a realizar Potenciales Evocados Auditivos.

**RESULTADOS:**

El programa se inició formalmente el 3 de Mayo de 1.999, siendo la implantación del mismo progresivo. A continuación se presenta la actividad realizada en 1999 a los recién nacidos, de madres residentes en Navarra, en los hospitales Virgen del Camino de Pamplona y en el hospital Virgen de Aránzazu de Guipúzcoa.

**Actividad desarrollada en 1999 desde el inicio (3 de Mayo de 1..999).**

	<b>Realizadas</b>	<b>Sin problema</b>	<b>No satisfactorio</b>	<b>% de no satisfactorio</b>
Nº de primeras OEA	2.544	2.328	216	9.3

Nº de segundas OEA	201	131	70	34.8
Nº de terceras OEA	39	19	20	51.3
Explorados para confirmación diagnóstica mediante PEA	6			

*Fuente:* ISP.(Informe 2.000).

OEA= Otoemisiones Acústicas.

PEA= Potenciales Evocados Auditivos

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)



**ESTRATEGIA DE SALUD**  
**Mejora del Sistema de Cuidados de Salud**  
**PROGRAMAS DE SALUD**

**PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL**

Autores: Maria Antonia Ramos Arroyo, Sección de Genética Médica del Hospital Virgen del Camino y Ander Arrazola Aranzadi, Sección de Planificación y Evaluación del Dto. de Salud.

**OBJETIVOS PLANTEADOS AL INICIO DEL PROGRAMA.-** (Orden Foral de 14 Setiembre de 1888 del Consejero de Salud sobre Programa de Prevención de Minusvalías Psíquicas).

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

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

**CRONOLOGÍA DE LA PUESTA EN MARCHA DE TÉCNICAS Y PRESTACIONES**

1991. Inicio de los servicios asistenciales de diagnóstico citogenético en sangre periférica. Inicio de los servicios asistenciales de consulta genética.

1993. Inicio de los servicios asistenciales de diagnóstico citogenético en médula ósea.

1994. Inicio del programa de diagnóstico prenatal de cromosomopatías en líquido amniótico.

1996 Diagnóstico molecular de algunas enfermedades monogénicas.

1997 Inicio del programa de screening para síndrome de Down y defectos del tubo neural en suero materno.

1999 Aplicación de técnicas de FISH al diagnóstico prenatal de cromosomopatías

**ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN DIAGNOSTICO PRENATAL (1995-1999)**

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

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

comisión revisa las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

Las principales actividades realizadas en el programa son las siguientes:

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

B.- Screening. La constatación de la asociación de alteraciones en los niveles de alfafoproteína y de gonadotropina coriónica en el suero de mujeres embarazadas con problemas cromosómicos (Síndrome de Down) y defectos congénitos ha permitido ofertar a población que no cumple el criterio de edad, una prueba de screening, con capacidad de detección de embarazos de riesgo. En la actualidad (1.999) estas pruebas se realizan al 46% de las mujeres embarazadas. La cobertura (ver gráfico) presenta una tendencia ascendente. Es importante señalar que el resultado tiene en cuenta la edad de la mujer y el umbral elegido en la determinación analítica. Según la literatura, este último factor puede hacer modificar el porcentajes de falsos positivos de un 3 a un 10%.

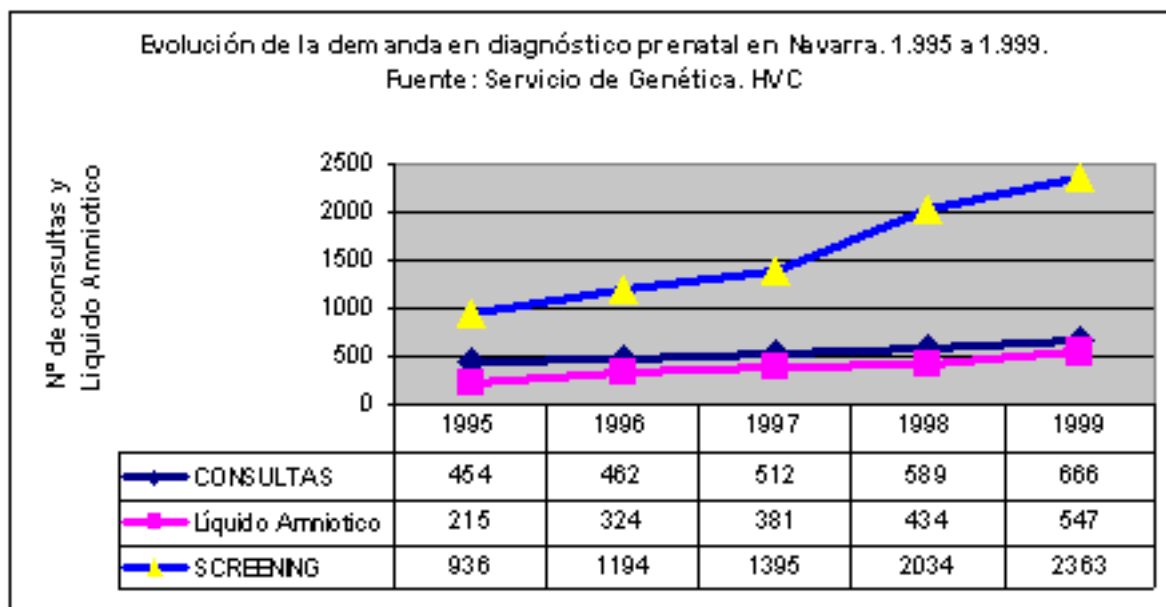
C.- Diagnóstico genético fetal. En el 95% de las consultas realizadas en relación con el diagnóstico prenatal, se recomienda la realización de estudios de líquido amniótico mediante amniocentesis. Así, en 1.999 se realizó una amniocentesis al 88,5% de los embarazos con indicación, con los resultados que se indican en el gráfico. En unos pocos casos el diagnóstico genético fetal se realizó mediante análisis de la sangre fetal o de biopsia corial.

## **PRINCIPALES LOGROS Y DIFICULTADES**

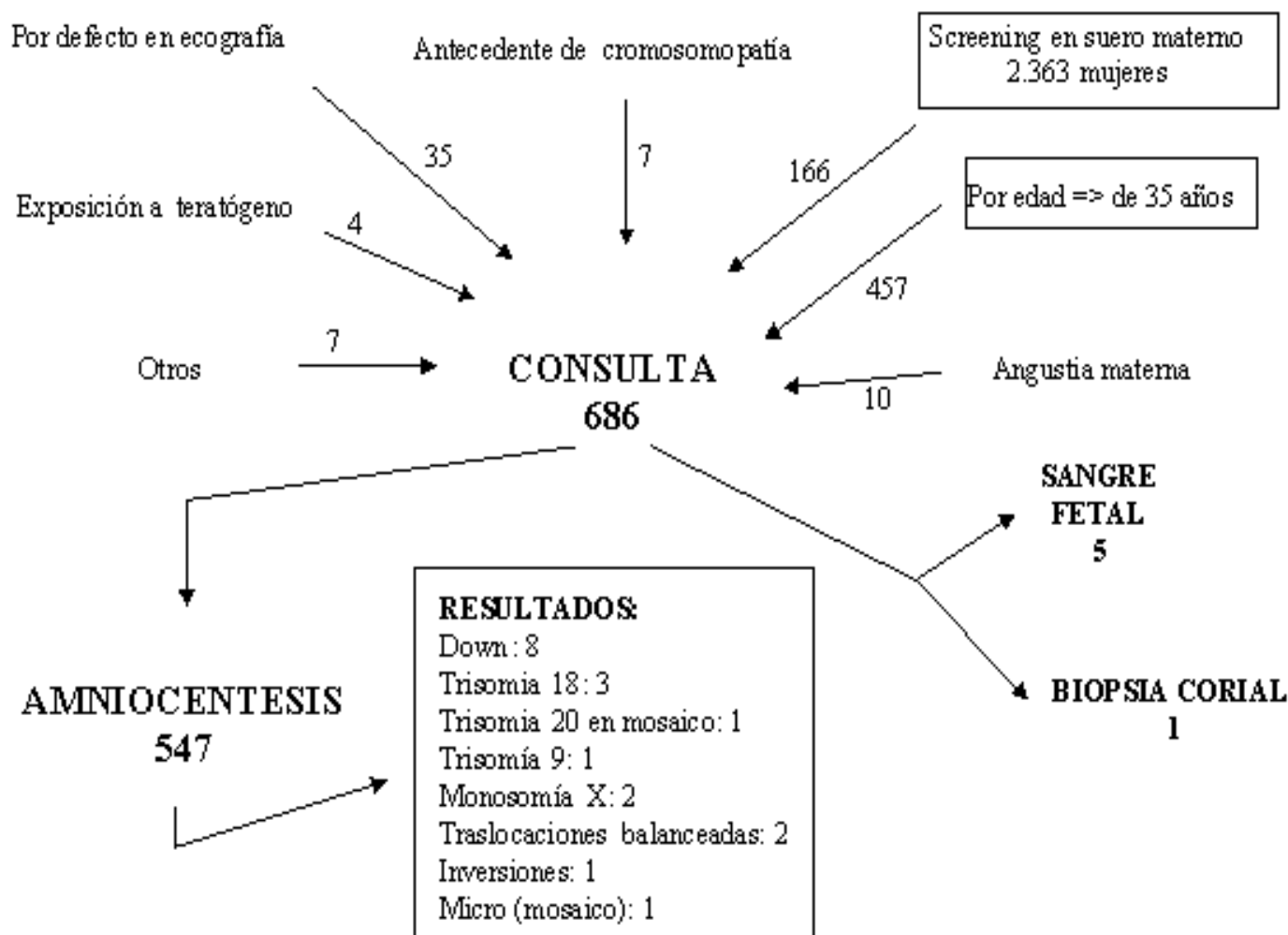
- Desde 1.994 a 1.999 el porcentaje de mujeres embarazadas con edad igual o superior a 35 años a pasado de 14,1 a 22,8%. En números absolutos ha supuesto pasar de 705 a 1181 mujeres.
- Desde su inicio las actividades de diagnóstico prenatal presentan un incremento continuo. En la actualidad el programa atiende aproximadamente al 55% de las mujeres embarazadas.
- La incidencia de recién nacidos con Síndrome de Down en Navarra ha pasado de 14,8 por cada 10.000 recién nacidos en el periodo 1.980-85, a 23,3 en los años 1.986-95 y a 8,3 en el periodo 1.996-99. (La fuente para los dos primeros periodos es el Boletín del EMEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología; Serie IV,2:43-114. Para el periodo 96-99 la fuente es el servicio de genética del HVC.)
- A la vista de los resultados publicados en la U.S. Preventive services Task Force los programas de detección precoz que mejores resultados han obtenido alcanzan el 60% de reducción de recién nacidos con Síndrome de Down. A falta de contrastar con otras fuentes y con la información disponible, la eficacia de las actuaciones en Navarra desde la implantación de las actividades (periodo 1995- 99) ha sido del 54,7%.
- Entre los efectos adversos caben señalarse los falsos negativos en las pruebas de screening, dado que la sensibilidad del test que se estima en

un 50-60%. Por otro lado (en 1999) cabe señalarse que en 547 amniocentesis practicadas hubo complicaciones en 4, con pérdida fetal (en los 4 el líquido amniótico resultó normal). La literatura al respecto, señala entre 0,5 y 0,8% de complicaciones con pérdida fetal ligadas a la amniocentesis. Los resultados en Navarra se sitúan dentro de ese intervalo.

- Además del diagnóstico prenatal del Síndrome de Down, las actuaciones seguidas en el programa han permitido identificar otras enfermedades genéticas menos frecuentes (ver resultados en gráfico de la actividad de 1.999).
- Dificultades en la coordinación de los distintos servicios/secciones que participan en el programa de diagnóstico prenatal. Estas dificultades están parcialmente solventadas.
- Desajustes en la adaptación de la demanda y los recursos humanos disponibles en la Sección de Genética. Esta circunstancia es fundamentalmente crítica en el caso del diagnóstico prenatal, ya que:
- Los estudios han de hacerse en una época concreta del embarazo y la emisión del resultado del estudio tiene siempre un carácter urgente. No se puede distinguir entre épocas vacacionales (verano) y no vacacionales, por lo que la plantilla ha de mantenerse estable a lo largo del año.
- La demanda mantiene desde el inicio del programa su tendencia a incrementarse. Este dato debería tenerse en cuenta para prever la necesidad de recursos.
- Incremento en la demanda de amniocentesis por parte de la población general sin la indicación médica para la misma. La negativa va seguida en gran número de casos de la correspondiente reclamación al Servicio de Atención al Paciente.
- Ausencia de profesionales que realicen biopsia corial, material necesario para el análisis de las alteraciones génicas (enfermedades monogénicas).
- Inexistencia de un registro de defectos congénitos y enfermedades hereditarias para la Comunidad Foral de Navarra. Los objetivos del mismo serían fundamentalmente: 1) Supervisión epidemiológica de la patología congénita-hereditaria, 2) Método complementario para la evaluación de resultados del programa de diagnóstico prenatal en nuestra Comunidad.



### DIAGNOSTICO PRENATAL EN 1.999. Servicio de Genética HVC



**Diagnóstico prenatal y postnatal del Síndrome de Down en Navarra  
1995-99**

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

Fuente: Servicio de Genética Médica del Hospital Virgen del Camino.

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

**ESTRATEGIA DE SALUD**  
**Mejora del Sistema de Cuidados de Salud**  
**PROGRAMAS DE SALUD**

**PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CERVIX**

**EXTRACTO** DEL CONSENSO ESTABLECIDO, EN EL AMBITO DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE NAVARRA, ENTRE REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD NAVARRA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA; LA SOCIEDAD NAVARRA DE MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCION PRIMARIA; LA SECCION DE ESPECIALISTAS DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE NAVARRA; Y LA DIRECCIÓN DE DOCENCIA INVESTIGACION Y DESARROLLO SANITARIOS EN REPRESENTACION DE LA DIRECCION GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD, **EN RELACION A LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CERVIX A LAS MUJERES DE NAVARRA.**

Pamplona, 30 de Mayo de 2000

### **INTRODUCCION**

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra ha venido considerando desde el año 1993 el establecer con carácter oficial en el Sistema Sanitario Público de Navarra actividades de detección precoz del cáncer de cuello de útero, de acuerdo con las propuestas de Grupos Técnicos de Trabajo (GTT) para la implantación con carácter general, del derecho de las mujeres de Navarra al acceso equitativo a las referidas prácticas preventivas.

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

El Colegio Oficial de Médicos de Navarra a la vista de los informes recibidos, elaboró un documento con fecha 3 de abril de 2000, en el que se relacionan las propuestas de modificación de tales entidades técnicas colegiales, de las que se deducen algunas discrepancias en aspectos puntuales, de cómo debe formularse la oferta-programa de las practicas preventivas a la población general femenina. Dada la variabilidad de tales propuestas, sugirió a su vez que en el ámbito del Colegio pudiera llevarse a cabo un Documento de Consenso entre las entidades informantes y un representante de la Dirección General a quien pertenecía el informe técnico original. Aceptada la propuesta del Colegio por las partes, se constituyó un Grupo de Consenso

coordinado por el Presidente del Colegio D. Gabriel Delgado y asistido por el Secretario del Colegio D. Javier Aldave y compuesto por: D. Guillermo López en representación de la Junta en Navarra de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; D. Julio Morán, en representación de la Junta en Navarra de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; Dña. Nieves Asunce, Presidenta de la Sección Colegial de Medicina Preventiva y Salud Pública; y D. José Javier Viñes, en representación de la Dirección General del Departamento de Salud, los cuales reunidos el día 3 de mayo de 2000 aceptaron el encargo de alcanzar el consenso para la aplicación de la práctica clínica de un programa de detección precoz del cáncer de cervix, extensivo a los aspectos en los que se detectan discrepancias sobre la aplicabilidad del Programa, y que se refieren a:

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

**El referido Grupo de Consenso, después del análisis de la documentación disponible y después de varias reuniones, eleva a la Junta del Colegio Oficial de Médicos de Navarra el siguiente informe conjunto:**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

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

### **IMPACTO DEL CANCER DE CERVIX EN SALUD PUBLICA**

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

69 años y una incidencia acumulada en el quinquenio de 45.5 (10<sup>5</sup>), y con una mortalidad de 2 casos en 1998 (1.38 por 100.000 mujeres entre 25-69 años)

El número de mujeres que anualmente hacen un cáncer de cuello en Navarra es entre 11 y 13 (Datos del periodo 1988-1994) en las edades comprendidas entre 25-85 años y más; de las cuales el 50% se presenta en edades mayores 65 años, siendo el número anual de fallecimientos en este periodo de 4, comprendidos en las edades entre 35 y 85 años situándose la mediana en el rango de 65 y 69 años. Ello permite orientar las futuras acciones de prevención. Debemos considerar por otro lado a los efectos de detección precoz de cáncer de cervix los tumores in situ (CIN), que si bien no son considerados invasivos, debido a que se reconoce que un tanto por ciento pueden evolucionar a lo largo de 20-25 años en cáncer invasivo, pueden ser objeto de atención, máxime cuando reconocen la misma etiología, observándose al respecto que 15 mujeres (10 por 100.000) al año con tumores CIN, podrían beneficiarse de un programa de detección precoz.

### **EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN PRECOZ**

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

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

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



**Probabilidad posprueba de la enfermedad dado un resultado positivo de una prueba con un 95% de sensibilidad y especificidad según diferentes prevalencias**

Prevalencia de la enfermedad	Probabilidad posprueba de enfermedad con una prueba positiva (%)
0,001	0
0,01	0
0,1	2
1	16
2	28
5	50
50	95

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

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

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

Tiempo (meses)	Incidencia proporcional RR	Fracción de prevención (%) 1-RR

1-122	0.06	94
13- 24	0.08	92
25- 36	0.12	88
37- 48	0.19	81
49- 60	0.26	74
61- 72	0.28	72
73- 120	0.63	37
+120	1.00	-

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

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

## **RECOMENDACIONES**

### **POBLACIÓN DIANA OBJETO DE LAS PRUEBAS DE SCREENING**

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

A las mujeres sexualmente activas entre 25 y 65 años se les deberá informar desde los servicios sanitarios que el riesgo de padecer cáncer de cervix está en relación con la actividad sexual según la siguiente clasificación de grupos en riesgo:

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

## FRECUENCIA DE LAS PRUEBAS DE SCREENING

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

## CARÁCTER DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ

Dada la baja prevalencia del cáncer de cervix en Navarra y al estar el mismo asociado a la actividad sexual, no procede el llevar a cabo un programa colectivo (screening en masa o cribado poblacional), sino actuar de manera oportunista (case finding) a través de los médicos de familia o de enfermería comunitaria y de los ginecólogos, enfermeras y matronas en los Centros de Atención a la Mujer (CAM), previa información adecuada sobre los riesgos individuales. Los médicos, de forma personalizada en cada caso, actuarán libremente de acuerdo a las recomendaciones y de los consensos científicos basados en la evidencia.

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

**ESTRATEGIA DE SALUD**  
**Mejora del Sistema de Cuidados de Salud**  
**PROGRAMAS DE SALUD**

**COBERTURA DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA 1999**

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

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

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

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

Se han seleccionado algunos de los servicios ofertados. Alguno de ellos viene aplicándose hace varios años, si bien la mayoría son de reciente implantación. A continuación del cuadro resumen se presentan las definiciones y requisitos exigidos en cada servicio para su consideración.

COBERTURA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. NAVARRA 1.999.

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

Fuente: Dirección de atención primaria.

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

(3) Denominador utilizado en el cálculo de coberturas

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

(5) Cobertura del Servicio allí donde esta implantado

## **DESCRIPCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS CUYA COBERTURA SE PRESENTA. (\*SERVICIOS BÁSICOS DE CUMPLIMIENTO OBLIGADO)**

### **17. Consulta a personas adultas con procesos que precisan seguimiento de larga duración a iniciativa del profesional.**

- 17.1 - Úlcera gastro-duodenal
- 17.2 - Colon espástico
- 17.3 - Osteoporosis
- 17.4 - Epilepsia
- 17.5 - Problemas psíquicos crónicos moderados
- 17.6 - Demencia
- 17.7 - Pacientes oncológicos
- 17.8 - Hepatopatía crónica. Cirrosis
- 17.9 - Reflujo gastro-esofágico
- 17.10 - TBC
- 17.11 - Otros tratamientos de larga duración
- 17.12 - Patología tiroidea
- 17.13 - Insuficiencia venosa
- 17.14 - Hipertrofia benigna de próstata
- 17.15 - Patología osteoarticular grave.

- a) Norma organizativa que asegure la citación para visita de seguimiento a iniciativa del profesional en la fecha indicada.
- b) Existencia de protocolos o guías de actuación en al menos dos procesos.
- c) El número de pacientes con procesos de larga duración a los que se ha realizado, al menos 2 visitas de seguimiento es mayor del 50% de incluidos en servicio.
- d) Registro de casos de los procesos protocolizados.

### **\*22. Consulta domiciliaria continuada a pacientes incapacitados y a su entorno familiar**

- a. Existencia de protocolo de actuación consensuado por los profesionales socio-sanitarios del EAP que contemple criterios de inclusión, detección de situaciones de riesgo psíquico, familiar y social y su abordaje.
- b. Registro de inclusión en servicio.

### **23. Atención al paciente irreversible en última fase y a su entorno familiar.**

- a. Existencia de protocolo de actuación consensuado por los profesionales socio-sanitarios del EAP o adhesión al elaborado por la dirección de A. Primaria, que incorpore como elemento de continuidad asistencial información sobre evolución y seguimiento en el domicilio del paciente.

b. Registro de personas incluidas en el servicio actualizado.

**\*26. Consulta a personas con Diabetes, a iniciativa del profesional.**

a) Norma organizativa que asegure la citación para visita de seguimiento a iniciativa del profesional en la fecha indicada.

b) Para este servicio se requerirá existencia de protocolo del EAP o adhesión al elaborado por la Comisión Asesora Técnica sobre Diabetes de la Comunidad Foral.

c) El número de pacientes crónicos a los que se ha realizado, al menos 2 visitas de seguimiento/año es mayor del 50 % de los incluidos en programa

d) Registro de casos y de inclusión en el programa.

**\*27. Consulta a personas con Factores de riesgo cardiovascular: HTA, dislipemias, tabaco, a iniciativa del profesional.**

- Norma organizativa que asegure la citación para visita de seguimiento a iniciativa del profesional en la fecha indicada
- Para este servicio se requerirá existencia de protocolo del EAP o adhesión al elaborado para la Comunidad Foral
- El número de pacientes crónicos a los que se ha realizado, al menos 2 visitas de seguimiento/año es mayor del 50 % de los incluidos en programa
- Registro de casos y de inclusión en programa.

**\*28. Consulta a personas con EPOC-Asma, a iniciativa del profesional.**

- Norma organizativa que asegure la citación para visita de seguimiento a iniciativa del profesional en la fecha indicada
- Existencia de protocolo de actuación consensuado por los profesionales socio-sanitarios del EAP. Se adaptará a las líneas estratégicas definidas para la Comunidad Foral desde el Departamento de Salud (DS) y/o Instituto de Salud Pública (ISP), si las hubiere
- El número de pacientes crónicos a los que se ha realizado, al menos 2 visitas de seguimiento/año es mayor del 50 % de los incluidos en programa
- Registro de casos y de inclusión en programa.

**29. Consulta a personas adultas con patologías crónicas de gran prevalencia, a iniciativa del profesional:**

29.1- Insuficiencia coronaria. Atención y prevención secundaria.

29.2- Accidente cerebrovascular. Atención y prevención secundaria.

29.3- Insuficiencia arterial periférica

29.4 - Problemas psíquicos crónicos graves que precisen seguimiento

29.5- Insuficiencia cardíaca

29.6- Insuficiencia renal

- a. Norma organizativa que asegure la citación para visita de seguimiento a iniciativa del profesional en la fecha indicada
- b. Existencia de protocolos o guías de actuación en al menos dos procesos
- c. El número de pacientes crónicos a los que se ha realizado, al menos 2 visitas de seguimiento/año es mayor del 50 % de los incluidos en programa
- d. Registro de casos y de inclusión en programa.

### **30. Asesoramiento y plan individualizado en personas con problemas de sobrepeso u obesidad.**

- Existencia de protocolo de actuación consensuado por todos los profesionales socio-sanitarios del EAP. Se adaptará a las líneas estratégicas definidas para la Comunidad Foral desde el Departamento de Salud (DS) y/o Instituto de Salud Pública (ISP), si las hubiere
- Registro de casos incluidas en el servicio actualizado.

### **32-33. Exámenes periódicos de salud, educación y consejo personalizado sobre estilos de vida saludables en las diferentes etapas de la vida:**

32. Grupo de edad 15-64 años

33. Mayores de 65 años

- Procedimentación de una captación activa, sistemática y progresiva de todas las personas según población TIS de la Zona Básica con las edades correspondientes.
- Existencia de protocolo de exámenes periódicos de salud consensuado por todos los profesionales socio-sanitarios y/o adhesión al PAPPs. Debe incluir, al menos la valoración y el plan de actuación de factores de riesgo cardiovascular. Se adaptará a las líneas estratégicas definidas para la Comunidad Foral desde el Departamento de Salud (DS) y/o Instituto de Salud Pública (ISP), si las hubiere.
- Existencia de un sistema de registro de personas con exámenes periódicos realizados.

### **\*34-38. Programa del niño sano:**

34-36. Exámenes de salud por grupos de edad, educación y consejo individualizado para cada edad infantil:

\*34. 0-2 años: 7 controles mínimo.

\*35. 3-6 años: 2 controles como mínimo.

\*36. 7-14 años: 3 controles como mínimo.

- a. Existencia de un protocolo de actuación consensuada por todos los profesionales socio-sanitarios (de pediatría). Debe incluir exámenes de salud, actividades relacionadas con educación y consejo individualizado para cada edad infantil y actuaciones para detectar posibles situaciones de riesgo psico social. Se adaptará a las líneas estratégicas definidas para la Comunidad Foral desde el Servicio Navarro de Salud (SNS) y el Departamento de Salud.
- b. Existencia de un sistema de medición de cobertura por edades.

### **\*37. Visita domiciliaria al recién nacido y puérpera**

- a. Existencia de protocolo de actuación consensuado por todos los profesionales del EAP.
- b. Debe existir norma que posibilite y asegure la visita entre los 6 y los 10 primeros días de vida.
- c. Sistema de medición de cobertura.

### **\*38. Vacunación infantil y adolescente. Mantoux sistemáticos.**

- a. Norma organizativa que asegure la citación para las vacunaciones posteriores.
- b. Existencia de protocolo sobre vacunaciones y mantoux donde consten además del calendario y pautas vigentes, también aspectos organizativos, responsable, mantenimiento de la red de frío, suministro y almacenamiento. Según las directrices del ISP.
- c. Estructura organizativa que favorezca/asegure la utilización de la historia clínica para el registro de la vacunación.
- d. Sistema de registro específico y declaración de vacunaciones y mantoux, siguiendo las directrices del ISP

### **\*39. Vacunación del adulto. Sistemática y a grupos de riesgo:**

39.1- Tétanos

39.2- Antigripal

39.3- Hepatitis B

39.4- Rubéola

a) Existencia de protocolo sobre vacunaciones donde conste además del calendario y pautas vigentes, también aspectos organizativos, responsable, mantenimiento de la red de frío, suministro y almacenamiento. Según las directrices del ISP (Instituto de Salud Pública).

b) Estructura organizativa que favorezca/asegure la utilización de la historia clínica.

c) Norma organizativa que asegure la citación para las 2ª y 3ª dosis.

d) Sistema de registro específico.



[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## ESTRATEGIA DE SALUD

### Docencia

**Autora: M<sup>a</sup> Jesús Guembe**

**(Sección de Docencia. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios)**

En el tiempo transcurrido desde la aprobación del Plan de Salud de Navarra, las acciones desarrolladas en el área de Docencia y Formación han seguido las líneas estratégicas contempladas en la Ley Foral 10/1990, de 23 de Noviembre, de Salud, y explicitadas en los capítulos "Docencia y Formación" del citado Plan, centrándose específicamente en la consolidación del Sistema de Formación Continuada de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario de Navarra y en el establecimiento de vínculos de cooperación con instituciones profesionales, docentes y de postgrado.

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

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

Es un sistema de acreditación voluntario, válido para todo el territorio del Sistema Nacional de Salud, basado en la coordinación y en la colaboración entre todas las Administraciones Públicas integrado por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y sus homólogas de las Comunidades Autónomas y que tiene como objetivo fundamental mejorar la calidad de la Formación Continuada Sanitaria.

Hasta el momento se han constituido la Comisión Nacional y las de Cataluña, Navarra, Valencia y Galicia, si bien sólo las tres primeras han iniciado su actividad acreditadora. La Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Navarra se creó por Decreto Foral 368/1998, de 28 de diciembre, e inició su actividad en febrero de 1999 y ha supuesto un cambio cualitativo importante en la formación continuada de la Comunidad Foral.

A continuación se presentan las líneas de actuación desarrolladas

durante los últimos años en relación con los objetivos y estrategias definidos en el Plan de Salud de 1990 en el Área de Docencia y Formación.

## **1.- PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA**

Se establece como objetivo general promover e impulsar la formación continuada sanitaria entendida como el conjunto de actividades destinadas a mejorar la competencia profesional, una vez obtenida la titulación básica o de la especialidad correspondiente. Las estrategias para conseguir este objetivo son la planificación y gestión directa de actividades formativas por la Sección de Docencia, el apoyo a las Comisiones de Docencia de los centros sanitarios en el desarrollo de su programa docente interno y la colaboración con otras entidades e instituciones con funciones de formación continuada.

### **1.1-Formación continuada sanitaria gestión directa: Plan Docente**

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

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

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

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

El aumento de actividades en los años 1999 y 2000 se debe fundamentalmente al desarrollo del Plan de Formación en la urgencia vital, el cual forma parte del área docente denominada "Práctica Clínica" e integra todas las actividades relacionadas con el campo de urgencias y emergencias. Dicho Plan nace del análisis de necesidades realizado conjuntamente con los servicios de urgencias y de cuidados intensivos del Sistema Sanitario Público y dispone para su financiación de una línea presupuestaria específica dentro de los presupuestos del Departamento de Salud; y ha supuesto un importante impulso en la formación continuada en este área de conocimiento (Tablas 1,2 y 3).

Desde la puesta en marcha del Sistema de Acreditación de Formación Continuada los esfuerzos se han centrado en la obtención de la acreditación para las actividades del Plan Docente. Así en 1999 fueron acreditadas 59 actividades de un total de 69 que configuraban el Plan. (Anexo 1)

**Tabla 1: Evolución del número de actividades, horas docentes y participantes en Formación Continuada del Plan Docente. Periodo 1991-2000**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000*
Nº DE ACTIVIDADES	66	43	40	23	44	56	49	42	69	65
Nº DE HORAS DOCENTES					970	1244	1260	935	1309	1286
Nº DE PROFESIONALES	1685	1135	976	479	897	1316	951	942	1572	1320
Titulados superiores	368	193	268	186	292	490	340	343	645	714
Titulados medios	649	455	377	176	399	596	525	366	670	490
Otros profesionales	668	487	331	117	206	230	86	233	257	116

\*Estimación Plan 2000

**Tabla 2: Distribución de participantes en actividades del Plan Docente por centro de trabajo.**

CENTRO DE TRABAJO	1996		1997		1998		1999	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL	306	23	444	47	188	20	428	27
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	819	62	456	48	626	66,5	1054	67
DIRECCIÓN GENERAL Y SERVICIOS CENTRALES SNS-O	74	6	28	3	60	6,5	64	4
OTROS	117	9	23	2	68	7	26	2
<b>TOTALES</b>	<b>1316</b>	<b>100</b>	<b>951</b>	<b>100</b>	<b>942</b>	<b>100</b>	<b>1572</b>	<b>100</b>

**Tabla 3: Actividades de formación continuada que integran los Planes de formación a la urgencia vital 1999 y 2000 y número de participantes.**

NOMBRE DEL CURSO	EDICIONES		PARTICIPANTES	
	1999	2000*	1999	2000*
ACTUALIZACIÓN PARA INSTRUCTORES EN SOPORTE VITAL AVANZADO	-	2	-	55
SOPORTE VITAL AVANZADO	7	6	103	114
SOPORTE VITAL BÁSICO	12	5	286	140
SOPORTE VITAL EN PEDIATRIA	1	1	22	23
SOPORTE VITAL EN PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA	9	11	129	155
SOPORTE VITAL EN TRAUMA	-	1	-	25
<b>TOTALES</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>540</b>	<b>512</b>

\*Estimación Plan 2000

## 1.2-Colaboración con las Comisiones de Docencia de los Centros Sanitarios

Desde 1989 hasta 1998 se ha venido apoyando a las Comisiones de Docencia de los centros y niveles asistenciales mediante la concesión de ayudas económicas para la organización de actividades de formación continuada dirigidas a sus propios profesionales. A partir de 1999 el Departamento de salud colabora directamente con el programa de las Comisiones de Docencia del Sistema Sanitario Público asignando un presupuesto anual mediante Resolución del Director General (tabla 4).

**Tabla 4: Evolución de las Ayudas/Asignación a las Comisiones de Docencia de los Centros Sanitarios. Periodo 1994-2000**

Año	Ayudas/Asignación
	(en pesetas)
1994	2.750.000
1995	8.000.000
1996	7.000.000
1997	7.000.000
1998	7.000.000
1999	5.500.000
2000	6.700.000

## 1.3- Desarrollo de acciones formativas en colaboración con otras instituciones.

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

#### **1.4- Convenios para la Formación Continuada**

Se han establecido vínculos de cooperación con diferentes entidades que pertenecen al Sistema de Formación Continuada.

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

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

### **2- APOYO A LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL DEL SISTEMA SANITARIO.**

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

#### **2.1- Ayudas para la formación en idiomas técnicos**

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

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

#### **2.2- Ayudas a profesionales para la formación en Ciencias de la Salud.**

Se convocan anualmente por Orden Foral del Consejero de Salud e incluyen hasta 1999 dos tipos de ayudas: Becas de Formación y Bolsas de Viaje.

### **Becas de Formación**

Objetivos:

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

La evolución global de las becas de formación desde su creación en 1987 se ve reflejada en la tabla 5. Comenzaron denominándose Becas de ampliación de estudios y han ido evolucionando incorporando nuevos objetivos y delimitando la población diana, produciéndose un descenso en el número de solicitudes y de concesiones a partir de 1992 que ha tenido posteriormente una evolución irregular motivada principalmente por las solicitudes de ayuda para la realización de cursos de postgrado, cuya subvención se ha restringido a casos excepcionales en la actualidad.

**Tabla 5: Evolución global del número de becas de formación. Periodo 1987-1999**

<b>AÑO</b>	<b>SOLICITUDES</b>	<b>CONCEDIDAS</b>	<b>IMPORTE TOTAL (En millones)</b>	<b>PROMEDIO (En miles)</b>
1987	86	9	2,0	222,2
1988	137	54	11,9	220,4
1989	146	107	24,8	231,8
1990	141	107	26,0	243,0
1991	162	106	23,9	225,5
1992	100	26	11,2	430,8
1993	62	25	8,0	320,0
1994	165	87	13,0	149,2
1995	60	41	8,0	195,1
1996	171	20	7,7	384,5
1997	113	37	6,3	170,3

1998	72	19	5,2	271,7
1999	73	22	7,4	336,5

### **Bolsas de Viaje**

#### Objetivos

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

Desde su creación en 1990 se han orientado a subvencionar la asistencia a congresos y reuniones científicas cuando el profesional que la solicita presenta alguna aportación científica. En 1997 se incluyen además ayudas para estancias y cursos cortos. El aumento en el promedio de subvención se debe a la mayor participación en reuniones científicas de ámbito internacional y a la subvención de estancias en centros nacionales e internacionales (tabla 6).

**Tabla 6: Evolución global del número de bolsas de viaje. Periodo 1990-1999**

<b>AÑO</b>	<b>SOLICITUDES</b>	<b>CONCEDIDAS</b>	<b>IMPORTE TOTAL (En millones)</b>	<b>PROMEDIO (En miles)</b>
1990	-	174	7,8	45,0
1991	345	221	16,1	73,0
1992	320	252	20,2	80,2
1993	289	151	13,6	90,1
1994	243	113	10,5	92,9
1995	192	131	10,5	80,2
1996	230	143	13,9	97,0
1997	220	141	15,6	110,3
1998	210	150	16,6	110,8
1999	190	132	15,8	119,9

### **3.- FOMENTO DE LA DIFUSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS**

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



Foral.

Objetivos:

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

La evolución de las mismas en el período 1988- 1999 se observa en la tabla 7.

**Tabla 7: Evolución global del número de ayudas a la Organización de Reuniones Científicas. Periodo 1988-1999**

<b>AÑO</b>	<b>SOLICITUDES</b>	<b>CONCEDIDAS</b>	<b>IMPORTE TOTAL (En Millones)</b>	<b>PROMEDIO (En miles)</b>
1988	47	29	4,9	169,0
1989	51	36	10,0	277,8
1990	39	32	15,0	468,8
1991	40	28	16,0	571,4
1992	32	25	10,0	400,0
1993	38	24	9,7	404,2
1994	37	16	9,5	593,8
1995	41	31	13,1	421,5
1996	45	38	13,0	342,1
1997	79	47	12,6	268,0
1998	42	40	11,6	290,5
1999	49	42	13,9	332,1

#### **4- DOCENCIA A FUTUROS PROFESIONALES DE LA SALUD.**

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

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

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

**Autora: Olga Díaz de Rada**

**(Sección de Investigación. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios)**

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

### **1. Ayudas a la investigación en ciencias de la salud**

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

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

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

\*Modalidad A: Beca Ortiz de Landáuzuri en Investigación básica (actualmente una beca y dos accésit).

\*Modalidad B: Investigación aplicada en áreas de interés para la Comunidad Foral de acuerdo con el Plan de Salud y preferentemente a las que aparecen como prioritarias en la convocatoria y que se citan a continuación.

a. Problemas sanitarios de prevalencia relevante relacionados con:

1. El envejecimiento.
2. La enfermedad neoplásica
3. Las enfermedades cardiovasculares
4. Las enfermedades infecciosas emergentes
5. Las enfermedades neuropsiquiátricas
6. Los riesgos ambientales y del ámbito laboral

b. Determinantes de salud-enfermedad y promoción de salud

Desigualdades en salud  
 Hábitos de vida saludables. Educación para la salud  
 Discapacidad y Rehabilitación  
 Cuidados alternativos y recursos informales en  
 problemas sanitarios. Participación comunitaria

c. Desarrollo del sistema sanitario

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

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

Se presenta una tabla con la evolución del número de proyectos presentados y concedidos desde 1990 hasta la actualidad y el importe global concedido.

**Evolución global** (incluye todas las modalidades). Desde el año 1990 el número de solicitudes ha permanecido constante - en torno a unas 100 peticiones al año -, concediéndose según los años en torno al 50% de las peticiones (el rango es de 37% el año de menor concesiones al 69). El presupuesto concedido ha aumentado de 56 millones en 1990 a 85,5 millones de pesetas en el año 2000.

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

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

## **2. Ayudas para funcionamiento de Comisiones de Investigación**

Mediante Resolución del Director General del Departamento de Salud, se conceden ayudas para el funcionamiento de las Comisiones de Investigación del Sistema Sanitario Público, por un importe total de 2.500.000,-pesetas, distribuidas entre todos los centros dependientes del Servicio Navarro de salud- Osasunbidea. Las cantidades asignadas se destinan a cubrir gastos derivados de la realización de proyectos de investigación a nivel interno, búsqueda bibliográfica, traducción para la publicación en revistas internacionales, documentación gráfica y asesoría.

## **3. Publicación revista ANALES del Sistema Sanitario de Navarra**

Por Orden Foral 5/1997, de 14 de enero, del Consejero de Salud se establece la edición de las publicaciones científicas ANALES del Sistema Sanitario de Navarra.

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

A tal fin se constituyó un Consejo Editorial de la Revista y un Consejo de Redacción, con una Secretaría de Redacción dependiente de la Sección de Investigación Biomédica.

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

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

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

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

## **4. Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)**

Por Decreto Foral 308/1993, de 4 de octubre se creó el Comité Ético

de Investigación Clínica en la Comunidad Foral de Navarra, que tiene como ámbito de actuación todos los ensayos clínicos con medicamentos o productos en fase de investigación clínica que se realicen en la Comunidad Foral, tanto relativos a centros del sector público como en instituciones o centros privados.

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

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

[Volver a Estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### OBJETIVO 13.

Mantener nula la incidencia de Paludismo autóctono.

No se han dado casos de paludismo autóctono. El paludismo relacionado con países endémicos (por viajes o población originaria) presenta una ligera tendencia ascendente en los últimos años. (Ver [Enfermedades Infecciosas](#))

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 14](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### **OBJETIVO 34.**

**Para el año 1995, deberá disminuir un 50 % el número de amputaciones en diabéticos.**

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

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 35](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)



## PLAN DE GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. Evaluación 98 y 99.

Dirección de Atención Primaria

### Contenido:

#### INTRODUCCIÓN

#### OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DEL PLAN DE GESTIÓN

#### EVALUACIÓN 98 Y 99 DEL PLAN DE GESTIÓN:

- Evaluación de la oferta de servicios.
  - .Cartera de servicios.
  - .Indicadores específicos de calidad.
  - .Calidad acreditable.
- Evaluación presupuestaria.
- Valoración conjunta.

#### INFORMACIÓN POR ZONAS BÁSICAS:

- Tablas.
- Causas de cartera no acreditada.
- Comparación de las evaluaciones de 1.998 y 99.
- Estimación de coberturas y registros de casos.

#### DELEGACIÓN DE ATRIBUCIONES ENTRE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

### INTRODUCCIÓN

El diseño de una cartera de servicios y su implantación en los Centros de Salud de Navarra a través de un contrato programa, fue una de las líneas de futuro definidas por la Dirección de A.P. en 1995. Como paso intermedio en 1996 y 1997, se elaboró y firmo un pacto por objetivos con los EAPs que voluntariamente lo acordaron. El pacto, firmado por las subdirecciones de AP con el director de cada zona básica, contenía, en esencia, un compromiso de cumplimiento de objetivos socio-sanitarios y de funcionamiento, la fijación y aceptación de un presupuesto y la posibilidad de obtención de incentivos en función de los resultados en los anteriores apartados.

El pacto por objetivos permitió conocer mejor cual era la situación funcional de los centros, avanzar en elementos estructurales necesarios y familiarizarse con elementos básicos de la gestión, como la determinación de presupuestos, el seguimiento del gasto, la incentivación y las dificultades de llevarla a cabo en la práctica.

Esta experiencia permitió avanzar hacia un modelo de relaciones con los EAPs basado en la oferta de servicios a la población, mayor equidad en la asignación de recursos y evaluación de los resultados obtenidos.

Desde 1998, el plan de gestión de los Equipos de Atención Primaria (EAPs) de Navarra fue referencia obligada para todas y cada una de las Zonas Básicas de Salud implantadas en nuestra Comunidad. Por lo tanto, su aplicación no quedó sujeta a la firma o no entre la Dirección de Atención Primaria y las Direcciones de las Zonas, aunque precisa, como es lógico, del acuerdo entre ambas partes en sus contenidos o grados de desarrollo.

- **OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DEL PLAN DE GESTIÓN.**

La pretensión del plan de gestión clínica es **mejorar la calidad de la atención en nuestros Centros de Salud**, en términos de calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, y aceptabilidad del ciudadano, a través de varias líneas:

1. Definir y homogeneizar la oferta de servicios de los EAP.
2. Garantizar la implantación de los servicios llamados básicos, tanto asistenciales como de prevención y promoción, en todas las zonas básicas de salud de Navarra con adecuados niveles de cobertura y de calidad.
3. Lograr el máximo grado de implantación de servicios considerados como optativos, tanto asistenciales como de prevención y promoción en todas las zonas básicas de salud de Navarra con adecuados niveles de cobertura y de calidad.
4. Mejorar el conocimiento y utilización de los recursos, estimulando su empleo responsable y su adecuación a las necesidades derivadas tanto de la oferta de servicios, como de la deseable capacidad de resolución de nuestros centros. Resaltando como áreas prioritarias:
  - Presupuesto de personal, gastos de funcionamiento, farmacia e ingresos.
  - Inversiones
  - Interconsultas y pruebas complementarias
5. Implicar a los profesionales en un proceso continuo de evaluación y mejora del proceso asistencial.
6. Lograr una mayor información y satisfacción de los ciudadanos con los servicios prestados por los EAP.
7. Desarrollar un sistema de evaluación y una política de incentivación del personal que favorezca el desarrollo de las líneas definidas en los puntos anteriores.

El Plan de Gestión es, al menos, un instrumento útil para delimitar la misión de nuestros Centros, definir su organización y funcionamiento y ayudar a alcanzar los objetivos implícitos en las siete líneas enumeradas.

Han existido, claro esta, dificultades derivadas del hecho de tener en nuestras manos un instrumento de trabajo nuevo al que adaptar, o con el que desarrollar, la organización estructural y funcional de nuestros Equipos.

Con todo creemos que se puede hacer un primer balance: positivo en unos aspectos, negativo en otros y optimista en su globalidad.

*Positivo:* porque aun siendo conscientes de que el Plan de Gestión como herramienta de trabajo es mejorable, hoy nos permite conocer, valorar y por tanto mejorar aspectos fundamentales de nuestros centros, como son: Qué servicios ofertamos a nuestra población, cómo los tenemos organizados y a quien se los damos. Todo ello en un marco de referencia común para todos los Equipos como es la Cartera de Servicios.

*Negativo:* en lo referente al Programa de Mejora de Calidad y al Sistema de Información. En determinados aspectos, el desarrollo de estructura y las actuaciones previstas por la Dirección de Atención Primaria no se han realizado y en otros se está siendo más lento de lo esperado.

*Optimista:* porque el grado de madurez de los profesionales y de las direcciones de los Equipos, plasmada tanto en la evaluación de este año como en el quehacer diario hace posible que nuestro proyecto de futuro, centrado en **los programas internos de mejora de calidad de los servicios y utilización responsable de los recursos**, puedan tener visos de realidad y sean compartidos por todos.

**Los contenidos principales del Plan de Gestión son:**

- El módulo de servicios que incluye la cartera de servicios.
- El módulo de calidad que incluye tanto los indicadores específicos de calidad como los planes internos de mejora de los equipos de atención primaria.
- El módulo de presupuestos.
- El módulo de fase de gestión.
- El módulo de evaluación e incentivación.
- Asimismo incluye el plan de necesidades e inversiones, y el módulo de concertación- contratación de servicios especializados.

1.- El módulo de servicios incluye la cartera de servicios que en el año 2000 es un listado de 93 servicios, agrupados en 11 áreas, tanto básicos como optativos, y constituyen una referencia exhaustiva y precisa de las áreas de atención que pueden en unos casos y deben en otros ser desarrollados por los equipos de atención primaria.

La mayor parte de las áreas de atención que se han definido como servicios se prestan habitualmente en mayor o menor grado en la mayoría de los centros, por ello no se cuestiona cuándo se presta o no un servicio. Lo que sí se hace es fijar una serie de requisitos que se deben cumplir para garantizar unos mínimos de calidad y en consecuencia para que el servicio sea ponderado en su oferta.

La nueva cartera 2000 incluye para cada uno de los servicios:

- Definición
- Requisitos mínimos
- Criterios de inclusión
- Sistemas de registro.

En algunos de los servicios se establece una cuantificación de las personas a las que se prestan los mismos (cobertura).

- 2.- En el módulo de calidad se han introducido una serie de indicadores específicos de calidad que hacen referencia a la utilización de Historia Clínica, prescripción farmacéutica, incapacidad temporal, accesibilidad y calidad percibida. Así mismo dentro de la calidad de la oferta se incorporan los planes de mejora internos de aquellos equipos que voluntariamente los presentan para su acreditación.
- 3.- En el módulo de presupuestos se ha establecido para cada zona básica una asignación presupuestaria en los diferentes capítulos es decir: Capítulo I, Capítulo II, Capítulo IV (farmacia) e ingresos.

En Capítulo I y en algunas líneas de Capítulo II, en el cálculo del presupuesto de cada Zona Básica, se mantienen los conceptos de presupuesto teórico introducidos en años anteriores como valor de referencia hacia el que debe de ir convergiendo, dentro de lo posible, el presupuesto histórico de cada Zona.

En farmacia se inició la convergencia entre presupuesto histórico y teórico en 1996.

- 4.-El módulo de fase de gestión establece la delegación de atribuciones y de toma de decisiones que se han descentralizado a los equipos de atención primaria. Se plantearon 3 fases de gestión . Durante el año 2000 la fase de gestión establecida de forma general será nuevamente la I. La descentralización se contempla de forma progresiva ya que se cree prudente consolidar la creciente implicación y responsabilización de los profesionales y equipos directivos antes de avanzar hacia nuevas cuotas de atribuciones y competencias.

- 5.-Módulo de evaluación incentivación.

La evaluación del plan de gestión se realiza anualmente y debe conseguir la medición de sus partes fundamentales: oferta de servicios y utilización de recursos. Además de todo ello debe conseguir su relación en un balance final entre ambos aspectos, que constituirá la puntuación definitiva del plan de gestión de una determinada zona. Los diferentes pasos de la evaluación son los siguientes:

1. Evaluación-ponderación de la oferta de servicios
2. Evaluación-ponderación del cumplimiento presupuestario.
3. Balance puntuación final: ponderación, oferta-recursos
4. Porcentaje de incentivación

El peso de la oferta de servicios (cartera y calidad) supone 2/3 del valor total de la evaluación, siendo el tercio restante el derivado del cumplimiento del presupuesto asignado a cada zona básica.

- **EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN:**

Hasta estos momentos se dispone de la evaluación del año 98 y del 99  
La evaluación del Plan de Gestión ha tenido las siguientes partes:

- *Evaluación de la oferta de servicios*. Consta de:
  - Evaluación de cartera de servicios: requisitos y coberturas
  - Evaluación de calidad de la oferta: . indicadores específicos  
. plan de mejora de los EAP
- *Evaluación presupuestaria*.

El procedimiento llevado a cabo en la evaluación fue:

1. Autoevaluación: cada EAP valoró la oferta de servicios (cartera con requisitos y cobertura en los servicios que lo requieren, así como de una serie de indicadores específicos de calidad).
2. Cada una de las Subdirecciones procedió con cada uno de los EAPs al cierre de la evaluación global del Plan (oferta, presupuesto, plan de necesidades e inversiones).

El resultado de la misma ha sido: de 53 EAPs susceptibles del Plan de Gestión 48 envían la autoevaluación, y 5 EAPs (II Ensanche, Artajona, Carcastillo, Cintruenigo y Lodosa) no.

De los 48 EAPs que enviaron la autoevaluación 36 cumplen los requisitos de cartera implantada. (67,92%)

Para considerar cartera básica implantada, los EAP de más de 4 años de implantación debían cumplir el 90% de todos los requisitos de los servicios considerados como básicos, el 80% para los EAP entre 4 y 8 años y el 70% para aquellos EAP de menos de 4 años. Los EAPs de menos de 2 años de implantación han tenido una consideración específica. Además era preciso contar con una cartera de servicios opcionales implantada dependiendo esta también de los años de funcionamiento de los EAP (30% de los requisitos o 6 servicios para los EAP de más de 4 años y 10% o 4 servicios para los de menos de 4 años).

En el año 99 de los 12 EAPs que no acreditan cartera de servicios, 4 EAPs no la acreditan por no cumplir los requisitos exigidos ni de servicios básicos ni de optativos, 2 por no cumplir los requisitos en servicios básicos y 6 por no cumplir los requisitos en servicios optativos

De los 36 EAPs que cumplen los requisitos de cartera acreditada 34 son los que cobran incentivos, 22 de ellos solamente de la bolsa A (por cumplir cartera de servicios) y 12 bolsa A y bolsa B (ya que además de cumplir cartera de servicios cumplen también presupuesto).

Comparativamente en el año 98 había 52 EAPs susceptibles del Plan de Gestión (II Ensanche no se había implantado), también 48 enviaron la autoevaluación, 27 de ellos cumplían requisitos de cartera implantada (55,25%), De los 27 EAPs que cumplían los requisitos de cartera implantada 23 son los que cobran incentivos, 20 de ellos solamente de la bolsa A (por cumplir cartera de servicios) y 3 bolsa A y bolsa B (ya que además de cumplir cartera de servicios cumplen también presupuesto), ya que a 4 EAPs se anuló cartera bien por no enviar la verificación o por no cumplir el grado de concordancia exigido entre la autoevaluación y la verificación.

En resumen hubo 11 EAPs que no teniendo cartera de servicios acreditada en el año 98 la acreditan en el 99, 5 EAPs que acreditándola en el 98 no la acreditan en el 99 y 12 equipos que no acreditan cartera ni en el 98 ni en el 99.

#### **a.-EVALUACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS:**

Consta de las siguientes partes

##### ***a.1 Evaluación de Cartera de Servicios***

La puntuación total de la cartera de servicios viene determinada por la suma de los totales de cada uno de los servicios que oferta una determinada zona.

El valor de cada uno de los servicios viene determinado por el valor del servicio, multiplicado por el cociente entre el número de requisitos cumplidos y el de requisitos exigidos, y el resultado obtenido multiplicado a su vez por el valor cobertura.

El valor cobertura es el resultado del cociente entre los casos registrados y la cobertura mínima establecida.

Se establecieron para 13 servicios una cobertura mínima, la obtención de esas coberturas mínimas permite que el servicio tenga al menos su valor teórico. La mejora en la cobertura alcanzada ha dado lugar a un incremento proporcional del valor del servicio. En los servicios donde la cobertura mínima no se fija, se utiliza como denominador la media por 1.000 habitantes, siempre que sea pertinente y coherente con el servicio de referencia( 10 servicios). En algunos servicios donde no se han podido utilizar dichas opciones el valor cobertura ha sido 1.

La cartera de servicios definida para el año 99 constaba de 88 servicios, de los cuales 55 eran servicios básicos o de obligado cumplimiento y 33 eran servicios optativos. Cada uno de los servicios tenía definidos unos requisitos mínimos, la suma total de requisitos era de 218, de los que 140 pertenecen a servicios básicos. En el año 1998 constaba de 86 de servicios, de los que 55

eran básicos y 31 optativos y la suma total de requisitos era de 223, de los que 147 pertenecían a servicios básicos.

### ***a.2. Indicadores específicos de calidad:***

- **Utilización de Historia Clínica:** Se miden tres indicadores: por un lado la utilización de forma habitual de la historia clínica (> del 80% de las visitas), la cumplimentación es decir la existencia de impresión diagnóstica o valoración del paciente y el plan terapéutico o plan de actuación (>50% de las visitas); y por último la existencia de listado actualizado de problemas (>30% de las historias). No han enviado evaluación ni en el 98 ni en el 99 14 EAPs. 28 equipos han obtenido la máxima puntuación.
- **Indicadores específicos de farmacia:** Se mantuvo durante el año 99 la línea ya iniciada en el 97, definiendo en todos y cada uno de los indicadores y en cada zona básica, el estándar de utilización (situación con relación al objetivo) y de mejora (respecto al mismo en el año 98). sobre 44 puntos posibles la media ha sido de 24 y el rango ha sido entre 8 y 38.
- **Indicador específico de IT DMA:** Días de baja laboral por 100 asegurados activos Se establece esta línea en el año 99, siguiendo un esquema similar al de los indicadores de farmacia, para cada zona básica, el estándar de situación y de mejora. 21 equipos no han obtenido puntuación alguna.
- **Indicadores de accesibilidad:** 10 EAPs de los 53 susceptibles no envían evaluación de los indicadores incluidos en dicho apartado, estos indicadores son:
  - Accesibilidad de cita previa telefónica: (80% del horario de apertura)
  - Accesibilidad a diferentes horarios de consulta (existencia de más de dos tramos horarios tanto para consulta a demanda como para programada).
  - Accesibilidad de consulta en horarios diferentes a los ordinarios (atención en consulta fuera del horario habitual, en más del 40% de los profesionales).
  - Agenda única: (no hay separación por bloques de demanda y concertada en más del 50% de los profesionales).
- **Calidad percibida:** No hay evaluación correspondiente al año 99. Al EAP que alcanza la máxima puntuación en los indicadores específicos de calidad se le otorga 1,25 y en el resto de los EAPs se reparte proporcionalmente en relación a la puntuación obtenida en una escala continua de 1,25 a 1.

### ***a.3. Calidad acreditable***

Hubo ocho EAPs que presentaron planes de mejora internos en la evaluación del Plan de Gestión 99 (Chantrea, Burlada, Alsasua, Mendillorri, Iturrana, Rochapea, San Jorge y Tudela Este) que fueron evaluados por tres técnicos de la Dirección de A.P., en el año 98 en número de EAPs que presentaron planes de mejora internos fueron 2 (Chantrea y Burlada)

A la puntuación máxima obtenida en la oferta de servicios (cartera de servicios x indicadores específicos de calidad x calidad acreditable) por un centro en

cada uno de los tres grupos de centros establecidos (urbanos, rurales grandes y rurales medianos/pequeños), se les otorga el valor 200. Este máximo se utilizará como referencia para asignar proporcionalmente las puntuaciones al resto de los equipos de cada uno de los grupos.

#### **b.- EVALUACION PRESUPUESTARIA**

La evaluación se realizó sobre el grado de cumplimiento o incumplimiento del presupuesto global asignado a cada EAP.

A los EAP que cumplen dicho presupuesto global se le asignan 20 puntos, y posteriormente se evalúan y puntúan los resultados en los diferentes capítulos I, II y IV. También se tienen en cuenta los ingresos por facturación de asistencia. Finalmente se otorga una ponderación numérica, que se determina estableciendo una escala continua en relación proporcional al grado de cumplimiento en los capítulos antes mencionados.

En el capítulo IV se establece por un lado la reducción o ahorro en el presupuesto correspondiente a cada zona básica, y por otro lado se puntúa independientemente del cumplimiento o no del presupuesto global asignado a cada centro el GEH (gasto estandarizado por habitante), estableciéndose previamente un objetivo determinado, dicho indicador lo cumplen 14 EAPs.

Para los EAP que incumplen el presupuesto global se establece una ponderación numérica negativa, que se determina por una escala continua en relación proporcional al grado de incumplimiento. El incumplimiento presupuestario entre 0 y menos 3% puntúa de 0 a menos 100 puntos.

En el año 98 hubo 8 EAPs que cumplieron el presupuesto global asignado, frente a 15 EAPs del año 99

#### **C- Puntuación final:**

Viene dada por la suma de la ponderación comparada de la oferta de servicios  $\pm$  la puntuación del cumplimiento presupuestario.

La puntuación así obtenida se modifica según el factor corrector "adecuación de plantillas" (presupuesto teórico/gasto real referido al Capítulo I)

A la zona básica que obtiene la máxima puntuación definitiva le corresponde el 100% de los incentivos previamente asignados, y proporcionalmente se calcula el correspondiente a cada zona básica, en cada una de las bolsas fijadas.

En relación al importe total de incentivos en el año 98 fue de 14.085.805, frente a 29.920.194 del año 99

#### **AÑO 98**

	<b>Nº EAPs</b>	<b>Bolsa A</b>	<b>Bolsa B</b>	<b>Total</b>
Navarra Norte	7	7	1	4.829.039



Navarra Este	6	6	2	5.738.776
Tudela	4	4	0	1.832.996
Estella	6	6	0	1.684.994
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>14.085.805</b>

## AÑO 99

	Nº EAPs	Bolsa A	Bolsa B	Total
Navarra Norte	15	15	5	14.054.921
Navarra Este	10	10	3	9.034.657
Tudela	3	3	1	2.748.816
Estella	6	6	3	4.081.799
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>12</b>	<b>29.920.194</b>

ZONA BÁSICA	AÑOS FUNCION.	% BÁSICOS CUMPLIDOS 98	% BÁSICOS CUMPLIDOS 99	% OPTATIVOS CUMPLIDOS S 98	% OPTATIVOS CUMPLIDOS S 99	ACRED. 98	ACRED. 99	VALOR ACRED. 98	VALOR ACRED. 99	MEJORA ABSOLUTA	MEJORA 99/98	VALOR TOTAL SERV. 98	VALOR TOTAL SERV. 99	MEJORA ABSOLUTA	MEJORA 99/98
01 - ALTSASU/ALSASUA	10	98,0	98%	37,33	47%	1	ACRED.	329,45	355,25	26	107,83	410,60	476,95	66	116,16
02 - ETXARRI-ARANATZ	9	88,4	94%	33,33	10%	1	NO ACRED.	310,42	306,70	-4	98,80	438,31	381,29	-57	86,99
03 - IRURTZUN	10	77,9	96%	10,67	21%	0	ACRED.	258,52	319,00	60	123,40	313,59	408,20	95	130,17
04 - LEITZA	11	91,2	94%	9,33	12%	0	NO ACRED.	295,92	300,50	5	101,55	323,71	369,93	46	114,28
05 - LESAKA	12	78,2	94%	22,67	13%	0	NO ACRED.	292,88	305,33	12	104,25	426,33	434,67	8	101,96
06 - ELIZONDO	13	90,5	92%	32,00	36%	1	ACRED.	290,87	312,83	22	107,55	378,84	484,53	106	127,90
07 - DONEZTEBE/SANTE S-TEBAN	12	85,0	97%	6,67	14%	0	NO ACRED.	271,33	308,60	37	113,73	247,13	397,01	150	160,65
08 - ULTZAMA	8	66,0	82%	8,00	6%	0	NO ACRED.	245,43	274,25	29	111,74	426,57	392,48	-34	92,01
09 - AURITZ/BURGUETE	9	102,2	101%	13,33	37%	1	ACRED.	315,00	347,20	32	110,22	577,98	595,34	17	103,00
10 - AOIZ	9	93,2	98%	6,67	41%	0	ACRED.	287,83	358,10	70	124,41	355,90	406,85	51	114,31
11 - HUARTE	8	85,7	96%	8,00	28%	0	ACRED.	267,83	323,70	56	120,86	371,45	435,74	64	117,31
12 - VILLAVA/ATARRABIA	12	91,2	97%	40,00	55%	1	ACRED.	316,05	360,75	45	114,14	333,21	421,62	88	126,53
13 - BURLADA	11	98,6	94%	42,67	64%	1	ACRED.	355,92	367,65	12	103,30	411,91	440,99	29	107,06
14 - BERRIOZAR	10	80,3	93%	36,00	40%	0	ACRED.	300,30	360,67	60	120,10	378,43	441,37	63	116,63
15 - ORCOYEN	10	77,9	92%	26,67	24%	0	ACRED.	267,17	299,07	32	111,94	239,87	282,64	43	117,83
16 - SAN JORGE	9	95,7	98%	69,33	72%	1	ACRED.	373,63	404,00	30	108,13	516,35	639,07	123	123,77
17 - ROCHAPEA-ANSOAIN	9	87,7	99%	70,67	55%	0	ACRED.	349,40	381,60	32	109,22	331,25	427,55	96	129,07
18 - CHANTREA	13	96,5	100%	69,33	69%	1	ACRED.	367,00	380,50	14	103,68	529,56	564,92	35	106,68
19 - CASCO VIEJO	13	89,4	99%	33,33	49%	0	ACRED.	309,08	364,33	55	117,88	402,06	435,96	34	108,43
20 - II ENSANCHE	0	0,0	0%	0,00	0%	0	NO ACRED.	0,00	0,00	0		0,00	0,00	0	
21 - MILAGROSA	4	90,8	87%	28,00	46%	1	NO ACRED.	317,00	367,83	51	116,04	409,96	424,95	15	103,66
22 - ITURRAMA	13	93,7	99%	37,33	47%	1	ACRED.	319,73	345,67	26	108,11	396,28	475,28	79	119,94
23 - SAN JUAN	2	63,8	93%	12,00	42%	1	ACRED.	224,70	364,25	140	162,11	210,30	467,12	257	222,12
24 - ERMITAGAÑA	6	81,7	97%	34,67	44%	0	ACRED.	270,67	338,50	68	125,06	304,91	332,69	28	109,11
25 - ZIZUR-ECHAVACOIZ	13	96,6	100%	48,00	58%	1	ACRED.	336,50	371,00	35	110,25	366,89	382,36	15	104,22
26 - BARAÑAIN	13	93,8	99%	50,67	54%	1	ACRED.	323,13	377,17	54	116,72	302,19	253,90	-48	84,02
27 - PUENTE LA REINA	10	88,2	102%	58,67	68%	1	ACRED.	341,00	421,67	81	123,66	392,65	497,57	105	126,72
28 - NOAIN	8	78,9	81%	17,33	21%	0	NO ACRED.	250,33	270,63	20	108,11	318,77	315,19	-4	98,88

ZONA BÁSICA	AÑOS FUNCION.	% BÁSICOS CUMPLIDOS 98	% BÁSICOS CUMPLIDOS 99	% OPTATIVOS CUMPLIDOS 98	% OPTATIVOS CUMPLIDOS 99	ACRED. 98	ACRED. 99	VALOR ACRED. 98	VALOR ACRED. 99	MEJORA ABSOLUTA	MEJORA 99/98	VALOR TOTAL SERV. 98	VALOR TOTAL SERV. 99	MEJORA ABSOLUTA	MEJORA 99/98
29 - SANGÜESA	13	95,9	92%	53,33	26%	1	NO ACRED.	336,50	317,17	-19	94,25	257,64	284,62	27	110,47
30 - SALAZAR	9	89,0	97%	62,67	51%	1	ACRED.	348,40	368,05	20	105,64	559,64	560,73	1	100,19
31 - ISABA	13	100,0	102%	57,33	47%	1	ACRED.	375,00	380,17	5	101,38	530,15	461,74	-68	87,10
40 - TAFALLA	13	0,0	94%	0,00	91%	0	ACRED.	0,00	435,33	435		0,00	818,51	819	
41 - ARTAJONA	8	0,0	0%	0,00	0%	0	NO ACRED.	0,00	0,00	0		0,00	0,00	0	
42 - CARCASTILLO	13	0,0	0%	0,00	0%	0	NO ACRED.	0,00	0,00	0		0,00	0,00	0	
43 - OLITE	9	97,3	96%	46,67	50%	1	ACRED.	342,70	371,77	29	108,48	235,18	383,55	148	163,09
44 - PERALTA	10	89,0	96%	44,00	72%	0	ACRED.	325,90	406,17	80	124,63	347,79	531,98	184	152,96
61 - AZPILAGAÑA	4	78,2	87%	41,33	46%	1	NO ACRED.	284,50	319,50	35	112,30	300,45	366,80	66	122,08
63 - MENDILLORRI	6	80,0	94%	64,00	76%	1	ACRED.	335,95	423,00	87	125,91	419,50	578,89	159	138,00
45 - TUDELA OESTE	13	98,6	99%	17,33	29%	1	ACRED.	329,92	335,83	6	101,79	440,18	395,98	-44	89,96
46 - TUDELA ESTE	9	101,4	97%	49,33	23%	1	ACRED.	372,40	320,37	-52	86,03	378,73	449,73	71	118,75
47 - VALTIERRA-CADREITA	6	0,0	81%	0,00	3%	0	NO ACRED.	0,00	261,33	261		0,00	342,40	342	
48 - CORELLA	13	97,9	99%	60,00	73%	1	ACRED.	383,58	408,50	25	106,50	411,65	200,00	-212	48,59
49 - CINTRUÉNIGO	13	99,3	0%	2,67	0%	0	NO ACRED.	302,00	0,00	-302	0,00	399,50	0,00	-399	0,00
50 - CASCANTE	10	69,9	77%	25,33	19%	0	NO ACRED.	241,20	234,02	-7	97,02	402,47	116,80	-286	29,02
51 - BUÑUEL	11	98,6	101%	45,33	73%	1	ACRED.	359,00	420,50	62	117,13	477,43	605,23	128	126,77
32 - ESTELLA	13	92,5	91%	50,67	42%	1	ACRED.	357,40	349,80	-8	97,87	387,77	415,21	27	107,08
33 - VILLATUERTA	8	95,2	96%	30,67	33%	1	ACRED.	322,40	345,63	23	107,21	456,97	436,50	-20	95,52
34 - ALLO	6	88,3	94%	29,33	27%	1	ACRED.	289,97	314,35	24	108,41	425,35	536,38	111	126,10
35 - ANCIN-AMESCOA	10	73,1	95%	9,33	40%	0	ACRED.	246,00	331,97	86	134,95	235,43	258,96	24	110,00
36 - LOS ARCOS	11	95,2	96%	53,33	77%	1	ACRED.	358,28	408,52	50	114,02	436,26	484,22	48	110,99
37 - VIANA	6	90,4	96%	16,00	51%	1	ACRED.	308,70	368,17	59	119,26	358,11	452,66	95	126,40
38 - LODOSA	13	95,9	0%	30,67	0%	1	NO ACRED.	341,25	0,00	-341	0,00	413,27	0,00	-413	0,00
39 - SAN ADRIAN	13	88,4	94%	10,67	22%	0	NO ACRED.	292,63	310,80	18	106,21	300,87	404,80	104	134,55

**CUMPLIMIENTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA. SERVICIOS BÁSICOS**

SERVICIO	PUNT. MÁX.	PUNT. PROM. EQUIPOS	% EQUIPOS QUE CUMPLEN ALGÚN REQUISITO
01.- Demanda Centro medicina general	30	28,1	100
02.- Demanda Centro enfermería adulto	8	7,3	97,9
03.- Demanda Centro pediatría	16	14,9	97,9
04.- Demanda Centro enfermería pediátrica	6	5,5	87,5
05.- Demanda trabajo social Centro	3	2,9	85,4
06.- Demanda médica Domicilio	7	6,8	100
07.- Demanda pediátrica Domicilio	1	1,0	91,7
08.- Demanda enfermería Domicilio	6	5,8	100
09.- Demanda trabajo social Domicilio	1	1,0	85,4
11.- Certificados	1	1,0	93,8
12.- Informes sociofamiliares	3	3,0	93,8
13.- Atención a la urgencia vital	3	2,6	97,9
18.- Alteraciones crecimiento en el niño	4	3,5	87,5
19.- Asma infantil	7	6,4	91,7
20.- Infecciones urinarias de repetición niño	2	1,8	81,3
22.- Atención en domicilio pacientes incapacitados	15	14,0	95,8
26.- Atención a diabetes	6	6,0	100
27.- Atención a factores riesgo cardiovascular	16	15,4	100
28.- Atención a EPOC-Asma adulto	4	3,7	95,8
34.- Exámen de salud niño 0-2 años	10	9,9	91,7
35.- Exámen de salud niño 3-6 años	6	6,0	91,7
36.- Exámen de salud niño 7-14 años	4	4,0	91,7
37.- Visita domiciliaria R.N. y puérpera	4	3,8	91,7
38.- Vacunación infantil y mantoux sistemáticos	3	3,0	97,9
39.- Vacunación Adulto	2	1,9	95,8
48.- Extracción muestras analíticas	4	4,0	100
49.- Aplicación tratamientos inyectables	4	3,5	95,8
50.- Realización pruebas complementarias	4	4,0	100
52.- Curas de media/larga duración	7	6,0	91,7
54.- Atención al usuario	5	4,3	93,8
58.- Participación comunitaria consejo de salud	3	2,6	56,3
59.- Control de aguas de abastecimiento	2	2,0	58,3
60.- Control de aguas recreativas	2	2,1	81,3
61.- Revisión medio escolar	1	1,0	62,5
62.- Registro recursos Zona Básica	1	1,0	70,8
63.- Realización informes MINP	2	2,0	72,9
65.- Control epidemiológico en brotes	1	1,0	89,6

66.- Seguimiento casos/contacto enf. infectocontagiosas	2	1,8	91,7
68.- Certificados de defunción	1	1,0	95,8
69.- Informes periciales	1	1,0	79,2
70.- Docencia y formación continuada	10	8,7	91,7
72.- Atención al ciudadano en el área administrativa	20	18,5	100
73.- Mantenimiento actualizado base datos poblacional	4	3,9	95,8
74.- Cumplimentación y tramitación prestaciones	3	3,0	100
75.- Tramitación de petición a especialistas	3	3,0	100
76.- Tramitación de cambio de médico	3	3,0	97,9
78.- Org./contr./manten. archivo historias clínicas y RX	2	2,0	95,8
79.- Control/mantenimiento y explotación de registros	6	5,7	89,6

	PUNT. MÁX.	PUNT. PROM. EQUIPOS	% EQUIPOS QUE CUMPLEN ALGÚN REQUISITO
80.- Control y organización sistema citación int. y ext.	4	3,9	93,8
81.- Apoyo administrativo al EAP y a la Dirección Centro	9	8,7	95,8
82.- Gestión almacén	7	6,8	97,9
83.- Mantenimiento/reparación de instalaciones	10	9,7	95,8
84.- Apertura y cierre del centro	2	2,0	97,9
85.- Esterilización material	2	1,9	95,8
86.- Acompañamiento paciente grave en ambulancia	3	2,9	72,9

*El número de equipos que han enviado autoevaluación son 48 (92,3% de los equipos)*

#### **CUMPLIMIENTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIOS OPTATIVOS**

SERVICIO	PUNT. MÁX.	PUNT. PROM. EQUIPOS	% EQUIPOS QUE CUMPLEN ALGUN REQUISITO
10.- Consejo atenc. individual/familiar situaciones crisis	2	2	42
14.- Consulta telefónica	5	4	81
15.- Seguimiento corta y media duración	8	6	63

16.- Contacto y seguimiento hospitalización/ posthospit.	2	2	52
17.- Seguimiento larga duración adulto	10	8	56
21.- Seguimiento larga duración niño	3	2	65
23.- Atención al paciente irreversible	9	8	77
24.- Detección/ Atención consumo excesivo alcohol	2	2	17
25.- Atención toxicomanos	2	2	21
29.- Atención a patología crónicas gran prevalencia	10	7	56
30.- Atención a sobrepeso u obesidad	2	2	50
31.- Detección/ Atención VIH-SIDA	2	2	31
32.- Exámenes de salud de 15-64 años	6	4	21
33.- Exámenes de salud >65 años	6	5	25
40.- Atención Anciano	5	4	50
41.- Atención Climaterio	2	2	15
42.- Preparación maternal (matrona)	2	2	25
43.- Asesor./orientac. sexual y prev. practicas riesgo	2	2	21
44.- Ayuda al fumador	2	2	56
45.- Educación Grupal problemas de salud	3	3	35
46.- EPS Grupos especificos de población	3	3	38
47.- Promoción Salud en proyectos acción comunitaria	3	3	31
51.- Intervenciones cirugía menor	5	4	50
53.- Fisioterapia básica	2	2	19
55.- Información a la comunidad	3	3	52
56.- Actividad divulgativa a instancia de otros	2	2	42
57.- Actividad divulgativa directa y medios comunicación	2	2	23
64.- Programa ciudades saludables	1	1	4
67.- Colaboración red médicos centinelas	1	1	15
71.- Investigación	4	4	33
77.- Apoyo en cumplimentación/tramitación recetas, ILT.	2	2	33

*El número de equipos que han enviado autoevaluación son 48 (92,3% de los equipos)*

- **CAUSAS DE CARTERA NO ACREDITADA:**

No cumplen requisitos exigidos de servicios básicos ni optativos de los 48 EAPs que envían autoevaluación: 4 EAPs

- Na Norte: Ulzama
- Na Este: Noain
- Tudela: Valtierra y Cascante

No cumplen requisitos exigidos servicios básicos de los 48 que envían autoevaluación: 2 EAPs

- Na Este: Azpilagaña y Milagrosa

No cumplen requisitos exigidos servicios optativos de los 48 que envían autoevaluación: 6 EAPs

- Na Norte: Etxarri, Santesteban, Leitza y Lesaka
- Na Este: Sanguesa
- Estella: San Adrián.

- **COMPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN 98/99**

- No acreditan en el 98 y sí en el 99:

Total de 11 EAPs

- Na Norte: Irurzun, Huarte, Aoiz, Berriozar, Orcoyen, Rochapea, Casco Viejo, Ermitagaña
- Na Este: Tafalla, Peralta
- Estella: Ancin.

- Acreditan en el 98 y no en el 99:

Total de 5 EAPs

- Na Norte: Etxarri
- Na Este: Milagrosa, Sanguesa, Azpilagaña
- Estella: Lodosa.

- No acreditan en el 98 ni en el 99:

Total de 12 EAPs

- Na Norte: Leitza, Lesaka, Santesteban Ulzama
- Na Este: II Ensanche, Noain, Artajona, Carcastillo
- Tudela: Valtierra, Cintruenigo, Cascante
- Estella: San Adrián

- **RELACIÓN ENTRE LAS ESTIMACIONES COBERTURA Y EL N° DE CASOS REGISTRADOS EN LOS EAPs:**

- Incapacitados:

- No envían ningún registro de casos: 10 EAPs

- Na Norte: Orcoyen, Ermitagaña, Barañain
- Na Este: II Ensanche, Artajona, Carcastillo,
- Tudela: Corella, Cintruenigo, Cascante
- Estella: Lodosa

Cobertura deseable: 11% de la población > 65 años

Población > 65 años de Navarra: 92.520

Nº pacientes registrados: 5.913 (6,39%)

Valor cobertura 1: 2,75% de la población > de 65 años.

- Terminal:

- No envían ningún registro de casos: 21 EAPs
  - Na Norte: Leitza, Santesteban, Orcoyen, Ermitagaña, Barañain
  - Na Este: II Ensanche, Zizur-E, Noain, Sanguesa, Artajona, Carcastillo, Azpilagaña
  - Tudela: Tudela E, Tudela O, Valtierra, Corella, Cintruenigo, Cascante
  - Estella: Villatuerta, Ancin, Lodosa

Cobertura deseable: 0,2% de la población total

**Población** total de Navarra: 503.455

Nº pacientes registrados: 874 (0,17%)

Valor cobertura 1: **0,05% de la población total**

- Diabetes:

- No envían ningún registro de casos: 8 EAPs
  - Na Este: II Ensanche, Sanguesa, Artajona, Carcastillo,
  - Tudela: Corella, Cintruenigo, Cascante
  - Estella: Lodosa

Cobertura deseable: 6% de la población > de 14 años

Población > de 14 años de Navarra: 436.290

Nº pacientes registrados: 14.769 (**3,39 %**)

Valor cobertura 1: 1,5% de la población > de 14 años

- Riesgo cardiovascular (solo HTA):

- No envían ningún registro de casos: 9 EAPs
  - Na Norte: Barañain
  - Na Este: II Ensanche, Sanguesa, Artajona, Carcastillo,
  - Tudela: Corella, Cintruenigo, Cascante
  - Estella: Lodosa

Cobertura deseable de HTA : 18% de la población > de 14 años

Población total de Navarra: 436.290

Nº pacientes registrados: 37.433 (**8,58 %**)

Valor cobertura 1: 4,5% de la población > de 14 años

- EPOC:

- No envían ningún registro de casos: 13 EAPs
  - Na Norte: Santesteban, Ulzama
  - Na Este: II Ensanche, Milagrosa, Sanguesa, Artajona, Carcastillo, Peralta
  - Tudela: Valtierra, Corella, Cintruenigo, Cascante
  - Estella: Lodosa

Cobertura deseable: 6% de la población total

Población total de Navarra: 503.455

Nº pacientes registrados: 7.458 (**1,48%**)

Valor cobertura 1: 1,5% de la población total

- EX. Salud de 15-64 años:

- No envían ningún registro de casos: 42 EAPs
- Población de 15 a 64 años de Navarra: 343.933



Nº pacientes registrados: 24.199 **(7,04 %)**  
Valor cobertura 1: 10% de la población de 15 a 64 años.

- EX. Salud a > 64 años:  
- No envían ningún registro de casos: 43 EAPs  
Población > 64 años de Navarra: 92.357  
Nº pacientes registrados: 8.255 **(8,94 %)**  
Valor cobertura 1: 25% de la población > 64 años.

- EX. Salud de 0 a 2 años:  
- No envían ningún registro de casos: 9 EAPs  
Población de 0 a 2 años de Navarra: 12.147  
Nº pacientes registrados: 14.515 **(119,49 %)**  
Valor cobertura 1: 80% de la población de 0 a 2 años.

- EX. Salud de 3 a 6 años:  
- No envían ningún registro de casos: 9 EAPs  
Población de 3 a 6 años de Navarra: 17.415  
Nº pacientes registrados: 11.902 **(68,34 %)**  
Valor cobertura 1: 50% de la población de 3 a 6 años.

- EX. Salud de 7 a 14 años:  
- No envían ningún registro de casos: 9 EAPs  
Población de 7 a 14 años de Navarra: 37.603  
Nº pacientes registrados: 18.297 **(48,66 %)**  
Valor cobertura 1: 50% de la población de 7 a 14 años.

**DELEGACIÓN DE ATRIBUCIONES -  
FASE I**

	<b>Imputación del presup.</b>	<b>Delegación de atribuciones en el E.A.P.</b>	<b>Competencias que conserva la Dirección</b>
Servicios básicos		Fijación de objetivos de cobertura	Definición de servicios Básicos de Fijación de coberturas mínimas
Servicios optativos		Elección de servicios optativos	Listado de servicios optativos
Calidad Servicios		Opción acreditación	Acreditación Centros Form. Comisión Acreditación
<b>PERSONAL</b>			
Plantilla presupuestada	EAP	Propuesta de plantilla  Cobertura o no de las vacantes negociada con la Dirección Decisión de gastos de incentivos	Definición de la plantilla  Amortización y creación de plazas fijas Convocatoria OPE Selección de personal fijo Fijación de las retribuciones fijas y variables Fijación de incentivos no salariales Elaboración de nóminas
Contratos estructurales	EAP	Decisión de contratación negociada con la Dirección  Selección de contratados (1) Duración del contrato	Tipo y modalidad de contrato
Sustituciones por vacaciones permisos y licencias reglamentarios	EAP	Autorización de permisos y licencias reglamentarios Selección de sustitutos Decisión de contratación Duración del contrato	Regulación del baremo mínimo de los sustitutos Normativa de personal  Tipo y modalidad de contrato
Sustituciones por IT	EAP < 45 d. Dirección >45 d	Igual que en permisos reglamentarios	Igual que en permisos reglamentarios
Sustituciones otros permisos y licencias no reglamentarios	Dirección		Autorización de otros permisos Decisión de contratación  Duración del contrato Selección de sustitutos Tipo y modalidad de contrato
Guardias	Dirección		Regulación de los PAC´s Voluntariedad u obligatoriedad Presencia física o localizada Horario de guardia
(1) La selección de contratados y sustitutos estará sometida a la normativa de selección de personal y acuerdos sindicales			
<b>GASTOS FUNCIONAM.</b>			
Material sanitario de consumo	EAP	Libre prescripción dentro del formulario	Elaboración de formulario  Concursos de adquisición centralizada de Proveedor y Marca
Funcionamiento de instalaciones	EAP	Control de consumos	Definición de necesidades  Formalización de contratos de suministro y de limpieza
Mantenimiento de	EAP	Preventivo Cuidado de las instalaciones	Definición de necesidades

Instalaciones y equipos	y correctivo Dir. grandes reparaciones	Control del gasto	Formalización de contratos
Comunicaciones y transporte	EAP	Control de consumos	Decisión de la instalación telefónica Definición de necesidades Formalización de contratos
Seguro de responsab. civil	Dirección	Riesgo relativo	Definición de cobertura Formalización de contratos
Gastos diversos	EAP	Fondo de maniobra	

	Imputación del presup.	Delegación de atribuciones en el E.A.P.	Competencias que conserva la Dirección
<b>FARMACIA</b>			
Farmacia	EAP	Libre prescripción	Concierto con Ofic. de Farmacia
<b>INVERSIONES</b>			
Inversiones de reposición	Dirección	Propuesta	Decisión de compra Concursos de adquisición centralizada de Proveedor y Marca
Inversiones de informática	Dirección	Propuesta	Estandarización de sistemas Priorización de compras Concursos de adquisición centralizada de Proveedor y Marca
Inversión nueva	Dirección	Propuesta	Análisis de necesidades Priorización Contratación
<b>DOCENCIA</b>			
Docencia interna del EAP	EAP	Concertar ponentes externos para las sesiones del EAP Autorización de permisos docentes Igual que en reglamentarios	Evaluación y asignación de Créditos Doc. Fijación de tarifas por sesión Igual que en permisos reglament.
Docencia organizada por la Dirección	Dirección		Decisión de contratación y selección de sustitutos Autoriz. de permisos docentes Bolsas de viaje Asignación de Créditos Docentes
<b>ORGANIZACIÓN INTERNA</b>			
Organización interna	No precisa	Organización racional procedimientos y servicios Asignación de tareas	Regulación por Decreto 148/86 Asignación de funciones Horario laboral Horario del centro
<b>DERIVACIONES</b>			
Exploraciones complementarias	EAP	Libre prescripción de explorac. básicas Acceso a exploraciones especiales con el V <sup>º</sup> B <sup>º</sup> del Director del EAP	Determinación de explorac. especiales con acceso con el V <sup>º</sup> B <sup>º</sup> del Director
Derivación a	Dirección	Libre derivación al especialista	Sectorización de especialistas

especialistas	de referencia	por EAP´s
	Autorización de acceso a otro especialista con el VºBº del Director del EAP	
<b>TRANSFERENCIAS PRESUPUESTARIAS</b>		
Transferencias	No precisa	Dentro del mismo capítulo

**PRESTACIÓN FARMACEUTICA EXTRAHOSPITALARIA EN LOS NOVENTA.  
EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y DEL GASTO FARMACEUTICO EN NAVARRA.**

En los siguientes cuadros y gráficos se presenta la evolución a grandes rasgos del gasto farmacéutico, del número de envases, especialidades farmacéuticas y subgrupos.

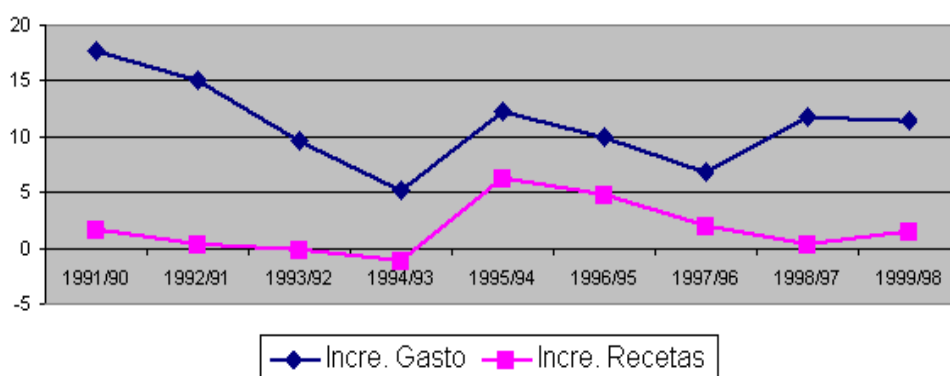
**EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO y DE RECETAS. 1990-99**

El gasto en pesetas corrientes ha crecido un 156% en el periodo 90-99, con variaciones interanuales cambiantes y próximos al 12% en los últimos años. En toda la década no ha habido crecimientos inferiores al 5% ningún año.

El nº de recetas vendidas ha aumentado en un 17,1% en 9 años. Con excepción de los años 95 y 96, los crecimientos interanuales han sido moderados.

<b>EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PRESTACIÓN FARMACÉUTICA</b>				
<b>AÑO</b>	<b>GASTO</b>		<b>RECETAS</b>	
		<b>Incremento</b>		<b>Incremento</b>
1990	5.308.164.558		6.242.273	
1991	6.245.925.029	17,7	6.345.300	1,7
1992	7.182.434.692	15,0	6.369.493	0,4
1993	7.877.723.907	9,7	6.367.484	0,0
1994	8.288.802.433	5,2	6.295.028	-1,1
1995	9.298.471.900	12,2	6.692.618	6,3
1996	10.223.590.433	9,9	7.023.545	4,9
1997	10.932.407.671	6,9	7.162.905	2,0
1998	12.207.190.252	11,7	7.191.051	0,4
1999	13.607.347.865	11,5	7.307.447	1,6

**Variación interanual del gasto y de la prescripción farmacéutica en Navarra.  
1990-99**



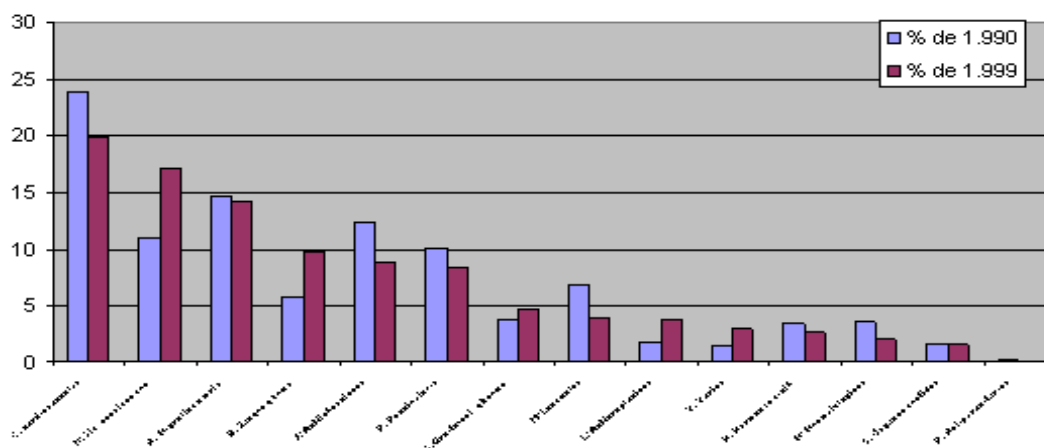
**ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS. IMPORTE A PVP POR GRUPO TERAPEUTICO.**

Comparando la participación de los diferentes grupos terapéuticos en el gasto en el año 1990 y 1999, los grupos que más aumentan su participación son: Sistema Nervioso Central, Sangre y órganos hematopoyéticos y antineoplásicos. Los que más reducen su participación: Aparato cardiovascular (aunque mantenga el primer lugar), antiinfecciosos y aparato locomotor.

<b>GRUPO TERAPEUTICO</b>	<b>AÑO 1990</b>	<b>% SOBRE TOTAL</b>	<b>AÑO 1999</b>	<b>% SOBRE TOTAL</b>
Grupo C: Aparato cardiovascular	1.289.902.456	23,94	2.827.599.557	19,88
Grupo N: Sistema nervioso central	591.427.054	10,98	2.427.803.998	17,07

Grupo A: Aparato digestivo y metabolismo	789.714.827	14,66	2.014.634.984	14,17
Grupo B: Sangre y organos hemapoyéticos	308.979.713	5,74	1.394.684.074	9,81
Grupo J: Antiinfecciosos, via general	671.679.973	12,47	1.267.753.424	8,92
Grupo R: Aparato respiratorio	546.683.770	10,15	1.190.301.434	8,37
Grupo G: Productos genito-urinarios y hormonas sexuales	195.683.767	3,63	682.855.495	4,80
Grupo M: Aparato locomotor	372.369.367	6,91	556.120.005	3,91
Grupo L: Antineoplasicos	88.279.262	1,64	551.725.312	3,88
Grupo V: Varios	74.520.167	1,38	422.251.500	2,97
Grupo H: Preparados hormonales sistémicos	181.463.475	3,37	365.825.220	2,57
Grupo D : Dermatológicos	191.486.468	3,55	289.418.914	2,04
Grupo S: Órganos de los sentidos	79.271.747	1,47	224.943.820	1,58
Grupo P: Antiparasitarios	6.062.241	0,11	4.044.711	0,03
<b>TOTAL</b>	<b>5.387.524.287</b>	<b>100,00</b>	<b>14.219.962.448</b>	<b>100,00</b>

**Variaciones en la participación del gasto farmacéutico por especialidades en Navarra 1.990 y 1.999. Fuente: SNS-O.**



### EVOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS. NUMERO DE ENVASES

Estudiando las variaciones habidas en el decenio en cuanto a lo que se ha prescrito, las principales modificaciones han sido:

Los mayores incrementos de gasto antes señalados se corresponden con importantes crecimientos de la prescripción en dichas especialidades: En 1.999, los medicamentos que actúan en el sistema nervioso central se han prescrito un 77% más que en 1.990, los de la sangre un 138% más. En las especialidades del aparato respiratorio y dermatológicas el número de recetas utilizadas se ha reducido en un 35% y un 40% respectivamente.

	1990	% SOBRE TOTAL	1999	% SOBRE TOTAL	Variación en N recetas
<b>GRUPO TERAPÉUTICO</b>					
Grupo N: Sistema nervioso central	1.034.904	16,47	1.829.267	24,43	76,8
Grupo C: Aparato cardiovascular	1.028.831	16,37	1.250.662	16,70	21,6
Grupo A: Aparato digestivo y metabolismo	921.292	14,66	936.067	12,50	1,6
Grupo R: Aparato respiratorio	1.150.088	18,30	743.199	9,92	-35,4
Grupo J: Antiinfecciosos, via general	636.219	10,12	657.622	8,78	3,4
Grupo M: Aparato locomotor	454.538	7,23	530.134	7,08	16,6
Grupo B: Sangre y órganos hemapoyéticos	186.140	2,96	442.351	5,91	137,6
Grupo G: Productos genito-urinarios y hormonas sexuales	162.732	2,59	277.702	3,71	70,6
Grupo S: Órganos de los sentidos	194.226	3,09	250.988	3,35	29,2

Grupo D: Dermatológicos	329.369	5,24	198.466	2,65	-39,7
Grupo H: Preparados hormonales sistémicos	85.006	1,35	132.836	1,77	56,3
Grupo V: Varios	79.128	1,26	43.756	0,58	-44,7
Grupo L: Antineoplásicos	6.917	0,11	31.771	0,42	359,3
Grupo P: Antiparasitarios	15.697	0,25	8.416	0,11	-46,4
<b>TOTAL</b>	<b>6.285.087</b>	<b>100,00</b>	<b>7.488.487</b>	<b>100,00</b>	<b>19,1</b>

### RELACION DE SUBGRUPOS ANATOMICOS DE MAYOR GASTO EN NAVARRA – 1990

Respecto a 1990 llama la atención la fuerte reducción de la prescripción en subgrupos tales como el de la ampicilina y similares, el de los expectorantes y el de los vasodilatadores periféricos (con un 50% de reducción en el número de recetas).

Por el contrario, en 1999 aparecen entre los 10 principales subgrupos los medicamentos hipocolesterolemiantes y los antidepresivos y los neurolepticos. Otros subgrupos terapéuticos ya presentes en 1.990 entre los 10 primeros, incrementan su presencia en 1.999. Así ocurre con los medicamentos antiulcera péptica y los hipotensores que incrementan el número de recetas en un 143 y 125% respectivamente.

	IMPORTE 1990	ENVASES 1990	N de orden en 1990	N de orden en 1999
C04A.- VASODILADORES PERIFERICOS	407.781.083	341.548	1	10
A02B.- ANTIULCERA PEPTICA	345.087.312	132.344	2	1
C02B.- HIPOTENSORES SINTETICOS SOLOS Y EN COMBINACIONES	332.704.288	113.163	3	3
C01D.- TERAPIA DEL MIOCARDIO EXCLUYENDO COLA, C01B Y C01C	267.551.876	182.605	4	5
M01A.- ANTIRREUMATICOS NO ESTEROIDEOS	243.687.646	276.995	5	8
R05C.- EXPECTORANTES, INCLUYENDO BALSAMICOS	228.013.656	504.531	6	31
J01C.- AMPICILINA Y SIMILARES	194.765.193	243.329	7	38
B01A.- ANTICOAGULANTES E INHIBIDORES PLAQUETARIOS	169.659.724	69.580	8	11
H04A.- TODAS LAS DEMAS HORMONAS INCLUYENDO GLUCAGON	144.958.864	13.533	9	23
J01F.- MACROLIDOS Y SIMILARES	127.455.617	106.959	10	12

### RELACION DE SUBGRUPOS ANATÓMICOS DE MAYOR GASTO EN NAVARRA – 1999

	Importe a PVP 1999	N envases
A02B - ANTIULCERA PEPTICA	1.192.953.687	321.467
B04A - HIPOCOLESTEROLEMIANTES Y ANTIATEROSCLEROTICOS	883.552.342	193.851
C02E - HIPOTENSORES DE ACCION SOBRE SIST. RENINA- ANGIOTEN	842.442.565	254.864
N06A - ANTIDEPRESIVOS	830.665.274	204.016
R03A - BRONCODILADORES Y OTROS ANTIASMATICOS	778.052.422	302.558
C01D - TERAPIA DEL MIOCARDIO	755.057.498	274.196
L02A - HORMONOTERAPIA ANTINEOPLASICA	475.973.815	19.500
M01A - ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMATICOS NO ESTEROIDEOS	435.824.790	354.148
N05A - NEUROLEPTICOS	411.852.397	130.431
C04A - VASODILADORES PERIFERICOS	401.042.372	179.226

[Volver a Estrategias](#)

[Volver a Atención Primaria \(Desarrollo 1990-99\)](#)

[planificacion.evaluacion@cnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cnavarra.es)

## LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA 10 AÑOS DESPUES

### A.2. PRINCIPALES ACTUACIONES E INSUFICIENCIAS EN LA APLICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DE SALUD

**Autores: Luis Gabilondo, Subdirector de Coordinación Hospitalaria del SNS-O y Ander Arrazola, Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.**

La evolución y valoración de la asistencia especializada en el pasado decenio se presenta estructurado en tres apartados:

#### A.1. Valoración de los objetivos formulados en el I Plan de Salud (1991)

#### A.2. Principales actuaciones e insuficiencias en la aplicación de las estrategias del Plan de salud

#### **B. Evolución de indicadores en los noventa:**

B1.- Indicadores de la red de utilización pública.

B2.- Indicadores del conjunto de centros públicos.

B3.- Indicadores por centro.

#### C. Balance de actuaciones en la asistencia especializada

### A.2. PRINCIPALES ACTUACIONES E INSUFICIENCIAS EN LA APLICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DE SALUD

A continuación se destacan algunas de las principales actuaciones o insuficiencias constatadas a lo largo del decenio en relación con las estrategias formuladas en el plan de salud de 1991.

**ESTRATEGIA 1.- Integración de todos los recursos especializados en un sistema único que englobe los actuales servicios especializados extra e intrahospitalarios, esta ordenación se realizará de forma coherente con el nivel primario de salud; desarrollo del sistema hospitalario como propuesta de integración del nivel especializado del Area de Salud de Pamplona.**

Comentarios complementarios a lo expuesto en los objetivos generales 1 y 2, así como el objetivo específico 2.

- La integración de los recursos especializados y más específicamente la desaparición del nivel extrahospitalario, conformado por los cupos de especialidad, es una realidad como consecuencia del Decreto Foral 241/1998, al quedar incorporados los cupos en la gestión ordinaria de los hospitales y establecerse una vinculación entre profesionales de atención primaria y especializada diferente a la existente hasta entonces, con mecanismos para el ejercicio de la libertad de elección.
- En el entorno hospitalario de Pamplona, de una visión de gerencia única



para los dos grandes hospitales, se pasó a gerencias independientes vinculadas directamente a la Dirección del SNS-O, de forma que la planificación institucional (elaboración de planes estratégicos de centro) o la programación de inversiones se formula de forma independiente. Así, desde 1995 primero el Hospital Virgen del Camino y años más tarde el Hospital de Navarra han elaborado sus planes directores de centro, formulaciones principalmente centradas en la inversión arquitectónica.

- Repasando los cambios habidos en los servicios de los hospitales de Irunlarrea en el decenio podemos constatar que no se ha desarrollado una política de integración ni tan siquiera de cooperación. Se pueden destacar las siguientes actuaciones o situaciones:
- Servicios clínicos: La estructura de servicios se mantiene exactamente igual que hace 10 años. No se han plasmado acuerdos entre los Servicios implicados o entre los Hospitales para la creación de unidades de superespecialización o para la distribución de patologías o cualquier otra modalidad de acuerdos que complementaran lo que el limitado tamaño de los servicios de un hospital no permitía realizar. Cada servicio hospitalario se ha desarrollado a sí mismo. Como excepción, pueden indicarse los cambios habidos en Otorrino donde se han constituido unidades de trabajo por grupos de patología (Oído, Laringe, Infantil) manteniendo la tradicional organización de Servicios, y la reordenación de Ginecología antes mencionada.
- Servicios centrales: a mediados de los noventa se realizaron varios estudios sobre los laboratorios de Bioquímica, Hematología y Microbiología de Pamplona, con la idea de valorar la idoneidad de su integración que no han llegado a materializarse. En este periodo los laboratorios de cada hospital han crecido en oferta de técnicas siguiendo criterios propios del centro. En Radiología y en Anatomía patológica no se ha producido ningún cambio ni acuerdo de colaboración específico.
- Servicios generales: En general, cada hospital mantiene su tradicional estructura de servicios generales, con la excepción de la Lavandería, servicio que ha sido externalizado.

Por otra parte tampoco se ha desarrollado una auténtica política de competencia, ya que no se han desarrollado, ni escenarios normativos en este sentido, ni se ha favorecido la duplicación de estructuras actualmente presentes en un solo centro.

**ESTRATEGIA 2.- Mejora de la Calidad mediante: la definición de los objetivos de gestión a aplicar a los recursos especializados, a corto y medio plazo, así como el establecimiento de las estrategias que los posibiliten; la delimitación del campo de la atención especializada y el establecimiento de cauces para la derivación de pacientes a Residencias Asistidas gestionadas por los servicios sociales, así como abordando el estudio y la potenciación de sistemas de cuidados alternativos a la hospitalización en instituciones cerradas; el desarrollo de sistemas de evaluación de las tecnologías y procedimientos actualmente en uso (estudios coste- efectividad).**

Complementando lo dicho sobre el objetivo específico nº 4,

- Se cuenta con una importante experiencia en relación con la formulación, aplicación y evaluación de los Contratos Programa entre la Dirección del SNS-O y las direcciones de los hospitales. En dichos compromisos se explicitan objetivos relacionados con la gestión de los recursos y la actividad (niveles de producción o nuevas actividades) y con la calidad.
- Recientemente se ha elaborado un Plan de Atención Sociosanitaria entre los Departamentos de Bienestar Social y de Salud con el propósito de articular respuestas a las situaciones de pacientes con necesidades asistenciales variadas de naturaleza sanitaria y social, y que garanticen en cada caso la necesaria continuidad asistencial. El Plan esta aun pendiente de su operativización definitiva.
- El desarrollo reciente de la Cirugía Mayor Ambulatoria y de los Hospitales de Día se manifiestan como alternativas eficaces y eficientes a la hospitalización tradicional para una importante tipología de procesos.
- Respecto a la evaluación, se reafirma lo ya dicho en cuanto a falta de cultura autoevaluadora en los profesionales de nuestro sistema sanitario. En el decenio se constata la escasa realización de estudios dirigidos a la evaluación de tecnologías o la realización de estudios de coste efectividad.

**Estrategia 3.- Mejora de la eficiencia: concentración de la demanda de nivel terciario en los hospitales de Irunlarrea, cuyos índices de rotación deberán mejorar por una reducción de la estancia media y, en menor medida, un incremento de la tasa de ocupación; desconcentración de la demanda de nivel secundario en los centros complementarios del Sistema Hospitalario de Pamplona, que deberán optimizar su tasa de ocupación y el rendimiento de sus instalaciones; ordenación del circuito de usuarios de forma que la derivación de ámbito primario al especializado garantice la relación entre zonas básicas y áreas funcionales, priorizando la adscripción de EAP a Equipos Jerarquizados; el desarrollo del PASUN, ordenando el acceso a los servicios de urgencia hospitalarios de toda la demanda atendible.**

- De facto, el nivel terciario está concentrado en Pamplona, sin que ninguna normativa establezca el nivel de prestaciones a atender en los hospitales comarcales. En líneas generales, la atención terciaria ha seguido las directrices establecidas en el D.F. de ordenación de asistencia especializada pública de Navarra de 1985. Caben mencionarse como excepciones la incompleta concentración de pacientes complejos en Cardiología y en Neurología en el hospital de Navarra tal como estaba previsto en el citado Decreto..
- No se ha regulado la creación de unidad superespecializadas en determinadas patologías con la excepción de la unidad de mama y las ya mencionadas en la especialidad de Otorrinolaringología, si bien se

constata una tendencia creciente a la autoorganización de unidades funcionales en los hospitales.

- Existen una consolidada relación entre los hospitales de agudos y el hospital San Juan de Dios para la derivación y atención de pacientes. Desde la puerta de urgencia y desde la planta de hospitalización para cuidados de media estancia se trasladan 900 pacientes/año, a la unidad de paliativos: 200 desde los hospitales y 100 desde atención primaria, y por último unos 3.000 pacientes acuden a este hospital para ser intervenidos por procesos que no requieren la complejidad de las instalaciones de los hospitales de Irunlarrea, y que son intervenidos por cirujanos de los hospitales públicos.
- Se han puesto en marcha tanto en el Hospital de Navarra (UCASI) como en el Hospital Virgen del Camino (Cirugía Mayor Ambulatoria) unidades de cirugía sin ingreso, que incrementan las posibilidades de diversificar las actuaciones en cirugía de los hospitales.
- Se cuenta con hospitales de día para la atención pediátrica, hematológica y oncológica.
- Se ha ordenado la relación primaria – especializada y recientemente se han establecido nuevas modalidades de implicación de los profesionales de ambos niveles mediante la firma de acuerdos y pactos para el desarrollo de compromisos de interés común. Ver Objetivo General 2.
- La estancia media de las hospitalizaciones habidas en los hospitales públicos de Navarra ha seguido una evolución descendente constante a lo largo del decenio desde los 9,9 días en 1990 hasta alcanzar los 7,35 días en el 2000. El índice de Rotación (pacientes ingresados por cada cama y año) en los hospitales públicos, ha mejorado notablemente en este periodo, pasando de 28,4 a 38,5.

**Estrategia 4.- Mejora de la eficacia: aplicación efectiva de la ordenación de la Atención Especializada, desarrollo del papel de los hospitales en el desarrollo de servicios curativos y en la formación continuada de los servicios primarios de su respectiva Area de Salud; revisión de los criterios de las normas hospitalarias; delimitación del ámbito asistencial responsabilidad de los servicios sanitarios, con especial incidencia en lo referente a la política de ancianos y grandes incapacitados.**

Ver lo dicho en relación con los Objetivos Generales 1 y 2, con el Objetivo Específico 2 y con las estrategias 1 y 2..

**Estrategia 5.- Mejora de la equidad mediante: la asignación de personal especializado, así como distribución equitativa del recurso cama de nivel secundario, entre las diferentes Areas de Salud, garantizando una adecuada accesibilidad a la población.**

- Los hospitales comarcales de Estella y de Tudela han sido reforzados con especialistas que posibilitan una atención más completa en dichas Areas. Nuevas especialidades en el Area de Estella. Instalación de TAC en Tudela, etc.
- El recurso cama parece estar suficientemente asignado a las comarcas a

la vista de la evolución de los indicadores de utilización por centros y en toda la red.

- Se ha ampliado la cobertura de atención a la urgencia a poblaciones de las comunidades limítrofes en el hospital de Tudela.
- Plan Director en aplicación en el hospital de Estella.
- Se han acercado los servicios de atención a la mujer a la población al haberse ordenado las prestaciones de Tocoginecología y de Planificación Familiar mediante el D.F. 259/1998. Se han establecido 11 sectores con 15 centros de atención repartidos por toda la geografía.
- Se ha puesto en marcha a partir de 1.996 la anestesia epidural en todos los hospitales.
- Se ha consolidado la red periférica de centros de fisioterapia, con fuertes niveles de utilización.
- Se echan en falta protocolos y guías comunes para su aplicación en toda la red que sirvan para facilitar entre otros fines, la descentralización de prestaciones y en su caso de recursos.

**Estrategia 6.- Mejora de la Gestión: descentralización de la gestión; potenciación del sistema gerencial, responsabilizando a la cadena de mando de los recursos de él dependientes a partir de los grandes objetivos en salud (gestión por objetivos) así del grado de ejecución de los diferentes programas de salud desarrollados en su área de gestión; estabilidad y profesionalidad de las estructuras directivas, planes de racionalización de los centros hospitalarios, etc.**

- En primer lugar mencionar lo importante que fue contar ya para el año 1992 (1,5 años tras las transferencias) con una Ley (LF 11/1992) reguladora del régimen específico del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, mediante la cual se posibilitaba una política de personal uniforme para la variedad de regímenes confluyentes en el sistema sanitario (funcionarios, estatutarios y laborales).
- Desarrollo de nuevos sistemas de información, generados específicamente para la mejora de la gestión clínica y de la utilización de los recursos, como es el caso de los GRD (Información de las altas hospitalarias de los hospitales del SNS-O) y otros desarrollados o como consecuencia de la aplicación de objetivos e instrumentos de gestión nuevos. Así, la puesta en marcha de los contratos programa han requerido nuevos de sistema de información, ágiles y sensibles que incorporaran información de naturaleza muy diferente: Producción, rendimiento, listas de espera, gasto. De igual modo en la medida en que la situación de las demoras para intervenciones quirúrgicas y para acceder a la consulta se han convertido en objetivos relevantes para la gestión, los sistemas de información se han desarrollado de forma paralela.
- Muy poco a poco van incorporándose a diferentes niveles de la gestión (centro, servicio y profesionales) las nuevas herramientas de información. Los GRD empiezan a ser considerados en las tomas de decisiones en algunos foros. La situación de las demoras para recibir atención empieza a estar disponible en las manos de quienes tienen la

responsabilidad directa de los recursos.

- El procedimiento articulado en el Decreto Foral 204/1994 para realizar las reclamaciones por parte de los usuarios vino a posibilitar alguno de los derechos reconocidos al ciudadano en la vigente Ley Foral de Salud. La información generada desde estas actuaciones y la encuesta de satisfacción que se realiza cada año desde el año 1998 permiten identificar áreas de mejora en la organización en relación con la atención a los usuarios en nuestros servicios.
- Todavía es muy baja la implicación de los profesionales de los hospitales con las actividades y servicios situados en su entorno externo, si bien en los últimos años empiezan a materializarse algunos proyectos de interés común para los que trabajan fuera y dentro de los hospitales.

Por último se señala por su importancia como instrumento de descentralización de la gestión la reciente constitución del Área Clínica del Corazón (D.F. 380/2000, BON 05/02/2001). Esta nueva modalidad de gestión aglutina los recursos especializados que trabajan en la atención médico quirúrgica de las afecciones cardíacas y que mediante la asignación de atribuciones establece un ámbito de funcionamiento específico con importantes grados de autonomía. Esta concreción de la gestión clínica permite acercar la gestión (sobre todo la gestión de los recursos humanos) a los profesionales implicados en el proceso asistencial, de forma que el paciente pueda beneficiarse de una organización más flexible y por tanto más adaptada a sus necesidades.



[Volver a estrategias](#)

[Seguir especializada](#)



[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA 10 AÑOS DESPUES B.- EVOLUCIÓN DE INDICADORES EN LOS NOVENTA.

### **B1.- Indicadores de la red de utilización pública.**

**Autores: Luis Gabilondo, Subdirector de Coordinación Hospitalaria del SNS-O y Ander Arrazola, Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.**

La evolución y valoración de la asistencia especializada en el pasado decenio se presenta estructurado en tres apartados:

#### **A.1. Valoración de los objetivos formulados en el I Plan de Salud (1991)**

#### **A.2. Principales actuaciones e insuficiencias en la aplicación de las estrategias del Plan de salud**

### **B. Evolución de indicadores en los noventa:**

B1.- Indicadores de la red de utilización pública.

B2.- Indicadores del conjunto de centros públicos.

B3.- Indicadores por centro.

### **C. Balance de actuaciones en la asistencia especializada**

## B.- EVOLUCIÓN DE INDICADORES EN LOS NOVENTA.

En las siguientes páginas se presenta la evolución de los indicadores de actividad y de utilización de recursos a lo largo de años noventa. En primer lugar se hace referencia a los indicadores del conjunto de la red de utilización pública y en una segunda parte se presenta la evolución de algunos indicadores en los centros hospitalarios del SNS-O.

Tres observaciones:

- A efectos de comparación y a fin de facilitar el análisis evolutivo hemos optado por expresar los índices en base 100, tomando como 100 el valor observado en 1990. No obstante, en la tabla resumen se presenta cada indicador con sus valores naturales.
- En función de la información disponible se presentan los indicadores para dos tipos de universos diferentes, pudiendo utilizarse en el texto alusiones a uno u otro de los universos: 1- La red de utilización pública (también denominada de financiación pública), y 2- Los hospitales públicos.
- Las fuentes de información utilizadas han sido: Memorias del SNS-O, SISNA, y CMBD del SNS-O.

### **B1.-INDICADORES DE LA RED DE UTILIZACIÓN PÚBLICA.**

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

El **número de camas** utilizadas en esos 7 hospitales ha evolucionado desde las 1.755 camas de 1990 hasta las 1.605 en el año 2.000. Este volumen de camas representa en la actualidad un ratio de 2,97 camas por cada 1.000 habitantes (3,37 por 1.000 en 1.990). En todo ese tiempo el porcentaje de camas en centros de titularidad pública se ha mantenido constante alrededor del 87,5%. Ninguno de los 7 hospitales se considera de media o larga estancia, si bien en el HSJD la mitad de su estructura pudiera considerarse como tal.

La **frecuentación hospitalaria** (Hospitalizaciones habidas por cada 1.000 habitantes residentes) ha crecido desde 1990 de 93,4 ‰ hasta 110,8 ‰ en 1.998, manteniéndose e incluso decreciendo un poco en los últimos años. En números absolutos, el incremento de hospitalizaciones de financiación pública se cifra en 10.000, estas hospitalizaciones suponen un 20% más ingresos en los hospitales. El porcentaje de hospitalizaciones en centros de titularidad pública se ha mantenido, según los años, entre el 89 y el 91,5%.

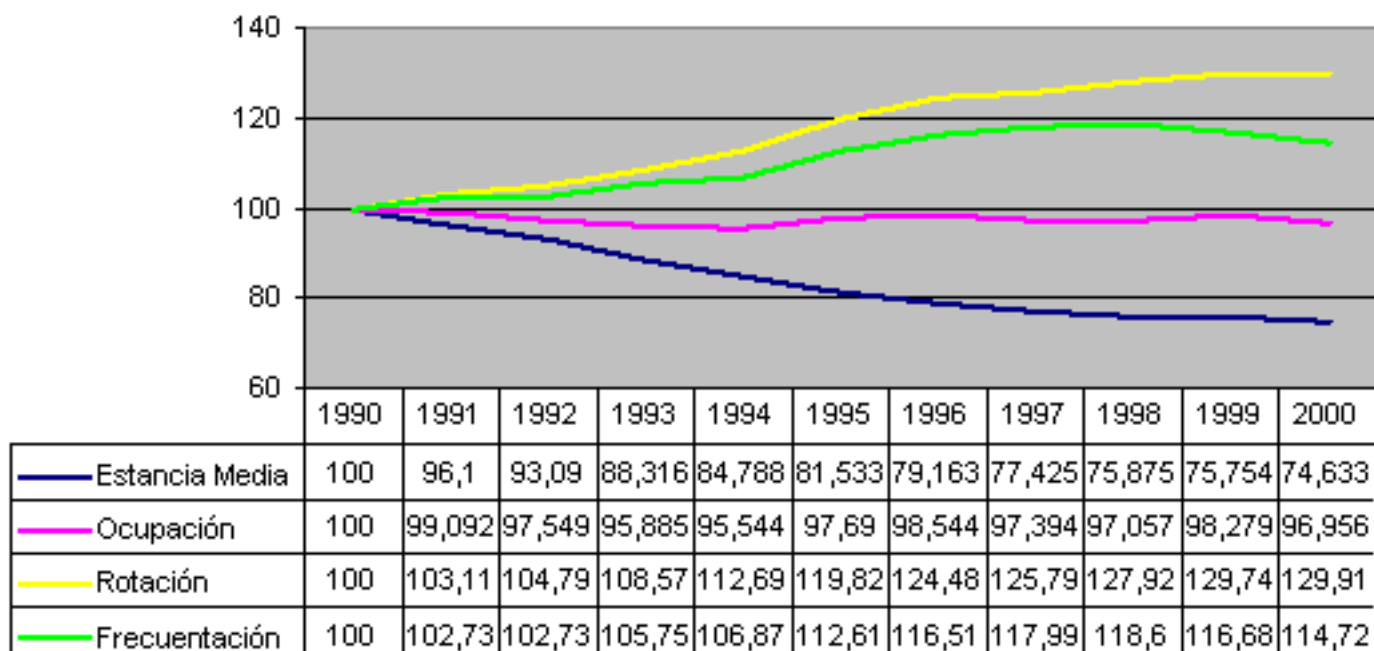
**Estancia hospitalaria:** En 1990 los ingresos en los hospitales generaron medio millón de estancias. A lo largo del decenio, y a pesar del incremento de hospitalizaciones, se han producido 56.000 estancias menos (un 9% menos). Expresado en el indicador de estancia media, esta ha pasado de 10,3 a 7,7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

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

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

**ACTIVIDAD HOSPITALARIA DE FINANCIACIÓN PÚBLICA.  
EVOLUCIÓN DE INDICADORES EN BASE 100. 1990-2000 .**

**Fuente: SISNA y Memorias del SNS-O.**



Atendiendo al tipo de atención prestada, los incrementos de frecuentación se dan principalmente en las especialidades médicas (en todas ellas) y entre las quirúrgicas destacan las de Traumatología y Urología. En cambio el principal decremento de frecuentación se da en Pediatría con reducciones del 50%. Las reducciones de estancia media se dan en todas las especialidades, pero resulta más acusada en las especialidades quirúrgicas, como consecuencia probablemente de las mejoras en las técnicas quirúrgicas y anestésicas utilizadas. La ocupación ha sido superior en el hospital de Navarra y en el del hospital Virgen del Camino General que en el Materno Infantil y Clínica Ubarmin.



[Volver a estrategias](#)

[Seguir especializada](#)



[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)



## LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA 10 AÑOS DESPUES B.- EVOLUCIÓN DE INDICADORES EN LOS NOVENTA.

### **B2.- Indicadores del conjunto de centros públicos.**

**Autores: Luis Gabilondo, Subdirector de Coordinación Hospitalaria del SNS-O y Ander Arrazola, Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.**

La evolución y valoración de la asistencia especializada en el pasado decenio se presenta estructurado en tres apartados:

#### A.1. Valoración de los objetivos formulados en el I Plan de Salud (1991)

#### A.2. Principales actuaciones e insuficiencias en la aplicación de las estrategias del Plan de salud

### **B. Evolución de indicadores en los noventa:**

#### B1.- Indicadores de la red de utilización pública.

#### B2.- Indicadores del conjunto de centros públicos.

#### B3.- Indicadores por centro.

### **C. Balance de actuaciones en la asistencia especializada**

## B.- EVOLUCIÓN DE INDICADORES EN LOS NOVENTA.

En las siguientes páginas se presenta la evolución de los indicadores de actividad y de utilización de recursos a lo largo de años noventa. En primer lugar se hace referencia a los indicadores del conjunto de la red de utilización pública y en una segunda parte se presenta la evolución de algunos indicadores en los centros hospitalarios del SNS-O.

Tres observaciones:

- A efectos de comparación y a fin de facilitar el análisis evolutivo hemos optado por expresar los índices en base 100, tomando como 100 el valor observado en 1990. No obstante, en la tabla resumen se presenta cada indicador con sus valores naturales.
- En función de la información disponible se presentan los indicadores para dos tipos de universos diferentes, pudiendo utilizarse en el texto alusiones a uno u otro de los universos: 1- La red de utilización pública (también denominada de financiación pública), y 2- Los hospitales públicos.
- Las fuentes de información utilizadas han sido: Memorias del SNS-O, SISNA, y CMBD del SNS-O.

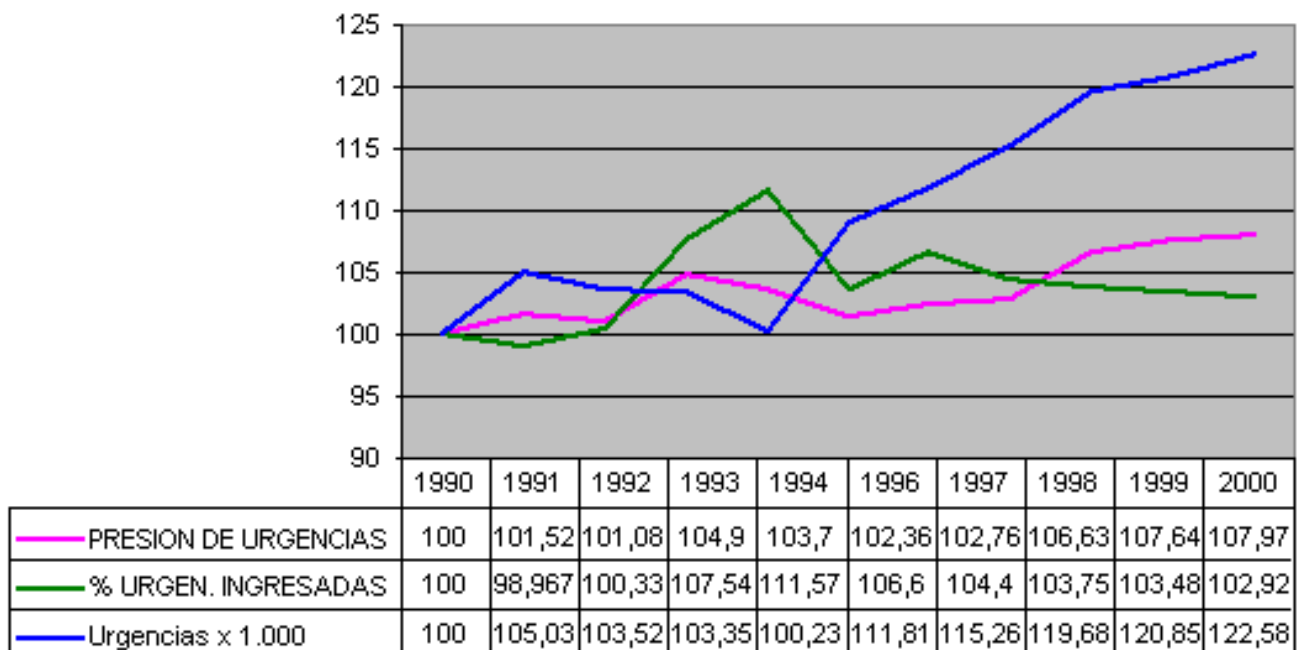
### **B2.- Indicadores del conjunto de centros públicos.**

En lo sucesivo se presentan los indicadores de los centros públicos, primero en su conjunto y a continuación el desglose de alguno de ellos por centro. Se hace constar que en caso de no hacer mención expresa a la red de utilización pública, los datos se refieren a los centros públicos y por tanto no incluirían información de los centros concertados.

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

**EVOLUCIÓN EN BASE 100 DE LA ACTIVIDAD DE URGENCIA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE NAVARRA. 1990 - 2000.**

Fuente: SISNA y Memorias del SNS-O.

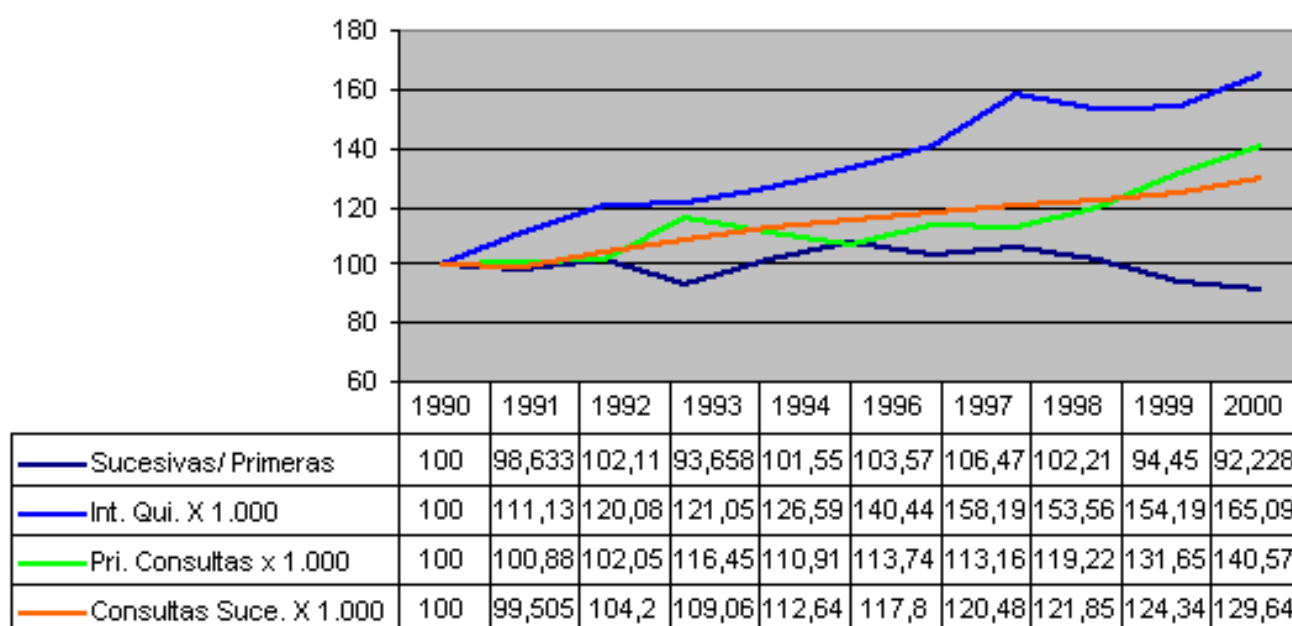


Otras actividades en los hospitales.

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

## EVOLUCIÓN EN BASE 100 DE INDICADORES DE ACTIVIDAD EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS. 1990-2000 .

Fuente: SISNA y Memorias del SNS-O.



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

**Listas de espera quirúrgicas.**- La lista de espera quirúrgica recoge información acerca del nº de personas en espera para ser intervenida y del nº de días de demora desde la indicación quirúrgica. Esta última información (la espera en días) se calcula de dos maneras diferentes: Una primera, promediando la espera de cada servicio, y otra según la cual la espera en días es equivalente a la fracción que representan las personas en espera sobre el número de intervenciones realizadas en el año anterior expresada en días (p.e. el 12% de actividad equivale al 12% de días del año). En cualquier caso la mejora en los sistemas de información ha permitido aproximar ambos sistemas de cómputo.

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

Espera en días	dic-91	dic-92	dic-93	dic-94	dic-95	dic-96	dic-97	dic-98	dic-99	dic-00
Ponderada	123,60	126,56	106,52	111,51	135,36	140,29	91,43	60,87	51,22	53,91
Equivalente	51,64	54,52	51,54	61,53	61,18	61,12	56,60	59,26	46,54	51,40
PERSONAS	<b>3.004</b>	<b>3.406</b>	<b>3.440</b>	<b>4.007</b>	<b>4.178</b>	<b>4.527</b>	<b>4.538</b>	<b>4.670</b>	<b>3.887</b>	<b>4.597</b>

Espera para intervenciones quirúrgicas por periodos de espera a 31 12 2000.

Menos de 3 meses	De 3 a 4 meses	De 4 a 5 meses	De 5 a 6 meses	Más de 6 meses	Total
4061	352	103	50	31	<b>4597</b>

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

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

Equivalencia para la medición de UBA: (Estancia = 1 UBA; Primera consulta y Urgencia= ½ UBA; Consulta sucesiva= ¼ UBA).

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

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

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

### Gasto y crecimiento anual en asistencia especializada. (Ptas. corrientes y constantes)

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

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

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

**Coste UBA.** El coste por cada unidad de producción, definido como Unidad Básica de Actividad, ha pasado de 30.792 pesetas a 55.943. Si se calcula en pesetas constantes de 1990, a fin de eliminar el efecto de la inflación, se observa que dicho coste ha pasado de las 30.792 ptas. a las 36.815 ptas. incrementándose por tanto un 19,6%. Tal como se constata en el gráfico adjunto, el incremento de los costes unitarios aparece vinculado principalmente al incremento de los costes totales, los cuales han crecido un 29,5% en el periodo. La producción en el decenio solo se ha incrementado merced a los últimos 4 años, en un 8,3%.

**Evolución del Coste UBA: A.- Pesetas corrientes. B.- Pesetas de 1990.**

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



UBAs/ Puesto	139,3	138,7	141,1	144,1	143,1	143,8	141,0	136,2	140.0
-----------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

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

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

<b>CMBD del SNS-O</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>Dife. 2000 / 1995 en %</b>
<b>Nº de ALTAS CODIFICADAS</b>	49.854	51.286	51.993	51.846	52.382	53.499	7,3
<b>% DE ALTAS CON grd = 470</b>	11,39	8,03	4,7	3,44	0,76	2,15	
<b>Índice Case Mix de la red</b>	1,205	1,302	1,32	1,387	1,417	1,426	18,3

En este sentido se presenta en una tabla con la evolución (nº de altas y estancia media) de los 25 GRDs más frecuentes en los hospitales del SNS-O desde 1996 a 2000, y que en conjunto representan el 34% del total de altas. En general casi todos los procesos presentan tendencia a disminuir su estancia media. En cuanto a modificaciones en la frecuencia, 9 de los procesos incrementan de forma importante su frecuencia, mientras que 4 la reducen. En general se incrementan los procesos con complicaciones por existir una mejor codificación de las complicaciones, así por ejemplo, destaca en los últimos años que el GRD más frecuente (parto sin complicaciones) baja su frecuencia en un 15%, mientras que las formas complicadas del parto se incrementan en gran medida. Destacan por su reducción los procesos sobre cataratas y de otorrino. Han aumentado, en cambio, los procesos respiratorios con complicaciones (en un 94%), la reimplantación de articulaciones mayores (cadera 25% y rodilla 34%) y los procedimientos sobre útero no canceroso.

**GRDs MÁS FRECUENTES EN LA RED HOSPITALARIA del SNS-O. 1996-2000**

GRD	Peso	Tipo	DESCRIPCIÓN LITERAL	N° de PACIENTES					00/96	00/96
				2000	1999	1998	1997	1996	Diferencia	
				2000	1999	1998	1997	1996	N	%
373	0,484	M	PARTO SIN COMPLICACIONES	2788	3175	3371	3328	3269	-481	-14,7
541	2,465	M	TRAST.RES.P. EXC. INFECC., BRONQ., ASMA C CC MAY	1269	1096	992	663	653	616	94,3
243	0,807	M	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	1280	1071	1239	1013	960	320	33,3
209	3,490	Q	REIMPL.MAYOR ARTICUL. Y M.EXTR. INF. S INFECC.	944	929	919	768	752	192	25,5
222	1,079	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	927	885	697	678	690	237	34,3
183	0,575	M	ESOF.,GASTROENT.Y TRAST.DIG.MISCEL. E>17 S CC	822	879	757	799	837	-15	-1,8
39	0,816	Q	PROC. SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	615	739	830	873	833	-218	-26,2
14	2,043	M	TRAST. CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXC. AIT	674	684	702	606	670	4	0,6
372	0,588	M	PARTO CON COMPLICACIONES	1063	667	445	377	382	681	178,3
359	1,067	Q	P.UTERO Y ANEJOS CA. IN SITU Y P.NO MALIG. S CC	865	617	513	425	445	420	94,4
88	1,213	M	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	513	609	660	624	557	-44	-7,9
127	1,524	M	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	586	605	669	635	568	18	3,2
410	1,100	M	QUIMIOTERAPIA	577	534	592	764	733	-156	-21,3
162	0,669	Q	PROC.SOBRE HERNIA INGUIN. Y FEMORAL E>17 S CC	570	533	534	522	562	8	1,4
777	0,435	M	ESOF., GASTROENT.Y TRAST.DIG. MISC. E<18 S CC	529	495	529	584	532	-3	-0,6
371	0,897	Q	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	508	488	465	392	318	190	59,7
381	0,474	Q	ABORTO CON DILAT.Y LEGRADO,ASPIRAC.O HISTERO.	534	461	535	488	486	48	9,9
231	1,368	Q	EXCIS.LOC. Y ELIM. DIS.FIJA.INTER.EXC. CAD.YFEM	470	459	414	365	357	113	31,7
430	1,527	M	PSICOSIS	529	453	461	489	496	33	6,7



219	1,317	Q	P.EXT.INF.Y HUM. EXCCADERA,PIE, FEMUR E>17 S CC	421	452	435	403	383	38	9,9
167	0,805	Q	APENDICECT. SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. S CC	476	423	406	421	404	72	17,8
494	0,845	Q	COLECISTEC. LAPAROSC.SIN EXPLOR.COND.BIL. S CC	460	416	324	384	286	174	60,8
175	0,834	M	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	381	395	475	448	443	-62	-14,0
55	0,652	Q	PROC.MISCELANEOS OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	289	384	551	635	542	-253	-46,7
89	1,427	M	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC	341	375	295	307	310	31	10,0
SUMA DE LOS 25 MÁS FRECUENTES				18.431	17.824	17.810	16.991	16.468	1963	11,9
% DE LOS 25 FRECUENTES/ Total				34,5	34,0	34,4	32,7	32,1		

<u>GRD</u>	<u>Peso</u>	<u>Tipo</u>	<u>DESCRIPCIÓN LITERAL</u>	<u>ESTANCIA MEDIA</u>					<u>00/96</u>	
				<u>2000</u>	<u>1999</u>	<u>1998</u>	<u>1997</u>	<u>1996</u>	<u>Dife.</u>	
373	0,484	M	PARTO SIN COMPLICACIONES	3,7	3,8	3,9	4,0	4,2	-0,53	
541	2,465	M	TRAST.RESP.EXC. INFECC., BRONQ., ASMA C CC MAY	11,1	11,7	12,4	12,2	12,9	-1,8	
243	0,807	M	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	5,7	6,3	5,6	6,6	6,9	-1,25	
209	3,490	Q	REIMPL.MAYOR ARTICUL. Y M.EXTR. INF. S INFECC.	12,5	13,4	13,8	15,0	15,1	-2,53	
222	1,079	Q	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	2,3	2,7	2,5	2,4	1,5	0,83	
183	0,575	M	ESOF.,GASTROENT.Y TRAST.DIG.MISCEL. E>17 S CC	5,7	5,8	5,9	6,2	6,4	-0,65	
39	0,816	Q	PROC. SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	1,5	2,0	2,0	2,2	2,3	-0,87	
14	2,043	M	TRAST. CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXC. AIT	9,8	9,5	10,0	10,1	11,5	-1,71	
372	0,588	M	PARTO CON COMPLICACIONES	4,4	4,9	4,6	4,6	5,2	-0,78	
359	1,067	Q	P.UTERO Y ANEJOS CA. IN SITU Y P.NO MALIG. S CC	4,6	5,3	6,0	7,4	7,5	-2,97	

88	1,213	M	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	8,0	9,7	8,9	8,9	9,9	-1,87
127	1,524	M	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	9,1	8,9	9,0	9,3	9,7	-0,64
410	1,100	M	QUIMIOTERAPIA	3,8	4,3	4,1	4,1	3,2	0,54
162	0,669	Q	PROC.SOBRE HERNIA INGUIN. Y FEMORAL E>17 S CC	3,7	4,1	4,1	4,8	5,3	-1,62
777	0,435	M	ESOF., GASTROENT.Y TRAST.DIG. MISC. E<18 S CC	3,2	3,2	3,1	3,0	3,1	0,09
371	0,897	Q	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	7,8	8,0	8,3	8,1	8,0	-0,25
381	0,474	Q	ABORTO CON DILAT.Y LEGRADO,ASPIRAC.O HISTERO.	1,9	2,1	2,0	1,9	2,2	-0,36
231	1,368	Q	EXCIS.LOC. Y ELIM. DIS.FIJA.INTER.EXC. CAD.YFEM	3,2	3,2	3,6	3,5	4,9	-1,75
430	1,527	M	PSICOSIS	24,8	27,6	26,6	26,4	26,1	-1,25
219	1,317	Q	P.EXT.INF.Y HUM. EXCCADERA,PIE, FEMUR E>17 S CC	8,6	8,5	8,8	9,6	9,0	-0,41
167	0,805	Q	APENDICECT. SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. S CC	3,7	3,8	3,9	4,5	4,6	-0,83
494	0,845	Q	COLECISTEC. LAPAROSC.SIN EXPLOR.COND.BIL. S CC	3,5	3,5	3,7	4,0	4,5	-0,95
175	0,834	M	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	5,1	5,1	5,5	5,0	6,1	-1,02
55	0,652	Q	PROC.MISCELANEOS OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	2,3	2,4	2,6	2,9	3,1	-0,79
89	1,427	M	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC	10,4	11,1	10,8	11,7	11,4	-0,95

<b>ACTIVIDAD HOSPITALARIA EVOLUCIÓN DE INDICADORES.1990 –2000</b>											
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Población (000)</b>	521	524	525	526	527	528	529	530	531	538	540
<b>EN HOSPITALES PÚBLICOS Y CONCERTADOS</b>											
<b>Camas</b>	1755	1756	1731	1723	1681	1669	1666	1672	1656	1628	1605
<b>Indice camas x 1000</b>	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,1	3,0	3,0
<b>Frecuentación</b>	93,4	96,0	95,9	98,8	99,8	105,2	108,8	110,2	110,8	109,0	107,1
<b>Estancia Media</b>	10,3	9,9	9,6	9,1	8,7	8,4	8,1	8,0	7,8	7,8	7,7
<b>Rotación</b>	27,7	28,6	29,1	30,1	31,3	33,2	34,5	34,9	35,5	36,0	36,0

<b>Ocupación</b>	78,1	77,4	76,2	74,9	74,7	76,3	77,0	76,1	75,8	76,8	75,8
<b>Estancias x 1.000</b>	960,2	948,0	918,2	896,8	870,0	881,6	885,6	877,2	864,1	848,7	822,1
<b>EN HOSPITALES PÚBLICOS</b>											
<b>Camas en funci.</b>	1.536	1.538	1.521	1.469	1.428	1.408	1.402	1.398	1.395	1.382	1.372
<b>Ingresos (000)</b>	43,7	43,2	45,2	46,7	47,6	49,3	51,6	52,0	51,8	52,3	52,9
<b>Estancias (000)</b>	433,2	428,5	416,2	408,7	393,1	399,2	402,8	400,6	402,1	399,4	388,5
<b>Camas por 1000</b>	2,95	2,94	2,90	2,79	2,71	2,67	2,65	2,64	2,63	2,57	2,54
<b>Frecuentación</b>	83,8	82,4	86,1	88,8	90,3	93,5	97,5	98,1	97,5	97,3	97,9
<b>Estancia media</b>	9,9	9,9	9,2	8,8	8,3	8,1	7,8	7,7	7,8	7,6	7,4
<b>Rotación</b>	28,4	28,1	29,7	31,8	33,3	35,0	36,8	37,2	37,1	37,9	38,5
<b>Ocupación</b>	77,3	76,3	75,0	76,2	75,4	77,7	78,7	78,5	78,9	79,2	77,6
<b>Int. Qui. X 1.000</b>	46,4	51,5	55,7	56,1	58,7	61,7	65,1	73,4	71,2	71,5	76,6
<b>Pri. Consul. x 1.000</b>	369,6	372,8	377,1	430,4	409,9	395,3	420,4	418,2	440,6	486,6	519,5
<b>Consu. Suce. X 1.000</b>	778,8	774,9	811,5	849,4	877,2	899,7	917,5	938,3	949,0	968,4	1009,7
<b>Sucesivas/ Primeras</b>	2,1	2,1	2,2	2,0	2,1	2,3	2,2	2,2	2,2	2,0	1,9
<b>Urgencias x 1.000</b>	350,2	367,8	362,5	361,9	351,0	381,7	391,5	403,6	419,1	423,2	429,2
<b>Presión de Urgencia</b>	59,2	60,1	59,8	62,1	61,4	60,0	60,6	60,8	63,1	63,7	63,9
<b>% Urge. Ingresadas</b>	14,2	14,0	14,2	15,2	15,8	14,7	15,1	14,8	14,7	14,7	14,6
<b>Urgencias x 1.000</b>	350,2	367,8	362,5	361,9	351,0	381,7	391,5	403,6	419,1	423,2	429,2
<b>UBAs en miles</b>	720,4	729,8	716,1	728,0	708,4	722,4	732,0	742,1	754,7	770,3	780,3
<b>INDICE UBA</b>	100	101,3	99,4	101,1	98,3	100,3	101,6	103,0	104,8	106,9	108,3

Fuente: SISNA y Memorias del SNS-O.

 [Volver a estrategias](#)

[Seguir especializada](#) 

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA 10 AÑOS DESPUES B.- EVOLUCIÓN DE INDICADORES EN LOS NOVENTA.

### B3.- Indicadores por centro.

**Autores: Luis Gabilondo, Subdirector de Coordinación Hospitalaria del SNS-O y Ander Arrazola, Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.**

La evolución y valoración de la asistencia especializada en el pasado decenio se presenta estructurado en tres apartados:

#### A.1. Valoración de los objetivos formulados en el I Plan de Salud (1991)

#### A.2. Principales actuaciones e insuficiencias en la aplicación de las estrategias del Plan de salud

### B. Evolución de indicadores en los noventa:

B1.- Indicadores de la red de utilización pública.

B2.- Indicadores del conjunto de centros públicos.

B3.- Indicadores por centro.

### C. Balance de actuaciones en la asistencia especializada

## B.- EVOLUCIÓN DE INDICADORES EN LOS NOVENTA.

### B3.- Indicadores por centro.

En las siguientes páginas se presenta la evolución de los indicadores de actividad y de utilización de recursos a lo largo de años noventa. En primer lugar se hace referencia a los indicadores del conjunto de la red de utilización pública y en una segunda parte se presenta la evolución de algunos indicadores en los centros hospitalarios del SNS-O.

Tres observaciones:

- A efectos de comparación y a fin de facilitar el análisis evolutivo hemos optado por expresar los índices en base 100, tomando como 100 el valor observado en 1990. No obstante, en la tabla resumen se presenta cada indicador con sus valores naturales.
- En función de la información disponible se presentan los indicadores para dos tipos de universos diferentes, pudiendo utilizarse en el texto alusiones a uno u otro de los universos: 1- La red de utilización pública (también denominada de financiación pública), y 2- Los hospitales públicos.
- Las fuentes de información utilizadas han sido: Memorias del SNS-O, SISNA, y CMBD del SNS-O.

### B3.- Indicadores por centro.

EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS Y DE LAS CONSULTAS POR CENTRO DE RESPONSABILIDAD EN LOS HOSPITALES DEL SNS-O. 1990 2000. Fuente: SNS-O

INGRESOS HOSPITALARIOS											
INGRESOS TOTALES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
HNA	13.652	14.231	14.113	14.383	15.030	15.633	15.996	16.113	16.206	15.896	16.384
HVC	18.788	17.832	19.332	20.210	19.901	20.327	21.465	21.754	21.110	21.760	21.671
CU	2.622	2.162	2.359	2.361	2.509	2.757	2.865	3.028	3.186	3.542	3.363
HES	3.077	3.190	3.422	3.713	3.946	4.054	4.316	4.244	4.289	4.248	4.401
HTU	5.541	5.749	5.931	5.990	6.198	6.545	6.937	6.829	6.990	6.901	7.041
<b>Total</b>	<b>43.680</b>	<b>43.164</b>	<b>45.157</b>	<b>46.657</b>	<b>47.584</b>	<b>49.316</b>	<b>51.579</b>	<b>51.968</b>	<b>51.781</b>	<b>52.347</b>	<b>52.860</b>

INGRESOS URGENTES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
HNA	8.242	8.147	8.393	8.606	9.045	9.462	10.097	9.967	10.366	10.105	10.039
HVC	12.287	13.224	13.255	14.601	14.494	13.912	14.645	14.622	15.184	15.843	15.881
CU											
HES	1.769	1.885	1.975	2.130	2.202	2.400	2.578	2.455	2.509	2.749	3.218
HTU	3.585	3.694	3.328	3.607	3.637	3.803	4.008	4.434	4.436	4.415	4.651
<b>Total</b>	<b>25.883</b>	<b>26.950</b>	<b>26.951</b>	<b>28.944</b>	<b>29.378</b>	<b>29.577</b>	<b>31.328</b>	<b>31.478</b>	<b>32.495</b>	<b>33.112</b>	<b>33.789</b>

CONSULTAS PRIMERAS Y SUCESIVAS											
Primeras	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
HNA	19.321	21.762	21.985	23.777	26.436	29.316	31.868	46.091	51.505	70.563	75.452
HVC	22.484	22.592	21.947	23.842	36.452	46.926	51.154	60.841	62.223	94.850	101.303
CU	4.730	4.928	4.828	6.003	6.433	6.603	7.397	22.809	27.998	35.034	33.976
HES	11.004	11.534	12.754	13.997	15.702	15.989	17.129	18.995	21.481	25.744	34.387
HTU	15.524	16.161	22.147	24.873	26.180	28.380	28.633	28.984	30.716	35.198	35.356
Ambula	127.113	124.647	114.189	133.723	104.690	81.409	86.058	43.836	39.690		
<b>Total</b>	<b>200.176</b>	<b>201.624</b>	<b>197.850</b>	<b>226.215</b>	<b>215.893</b>	<b>208.623</b>	<b>222.239</b>	<b>221.556</b>	<b>233.613</b>	<b>261.389</b>	<b>280.474</b>

Sucesivas	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
HNA	71.136	75.061	74.710	85.612	93.674	90.774	88.714	108.507	117.561	145.788	157.941
HVC	62.573	65.392	64.280	66.948	97.602	118.772	129.858	155.765	165.512	204.219	219.249
CU	15.291	16.139	15.858	17.009	17.562	19.861	21.386	42.369	46.066	58.588	57.702
HES	33.762	38.088	38.954	38.639	39.806	43.224	46.236	48.526	42.138	38.377	40.752
HTU	55.829	51.741	62.600	67.047	69.020	68.916	67.391	64.339	64.485	63.549	67.036
Ambula	180.343	171.135	167.308	169.214	142.358	131.225	129.520	75.596	67.542		
<b>Total</b>	<b>418.934</b>	<b>417.556</b>	<b>423.710</b>	<b>444.469</b>	<b>460.022</b>	<b>472.772</b>	<b>483.105</b>	<b>495.102</b>	<b>503.304</b>	<b>510.521</b>	<b>542.680</b>

Gráfico 1: EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE OCUPACIÓN POR CENTRO. NAVARRA 1990 - 2000.

Gráfico 2: EVOLUCIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA POR CENTRO. NAVARRA 1990 - 2000.

Gráfico 3 EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE ROTACIÓN POR CENTRO. NAVARRA 1990 - 2000.

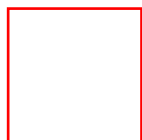
Gráfico 4. EVOLUCIÓN DEL INDICADOR VISITAS SUCESIVAS / PRIMERAS POR CENTRO. NAVARRA 1990 - 2000

Gráfico 4. EVOLUCIÓN DE LA PRESIÓN DE URGENCIAS POR CENTRO. NAVARRA 1990 - 2000.

Gráfico 5. EVOLUCIÓN DEL % DE URGENCIAS INGRESADAS POR CENTRO. NAVARRA 1990 - 2000

Gráfico 6. EVOLUCIÓN DE LAS PRIMERAS CONSULTAS POR CENTRO. NAVARRA 1990- 2000.

Gráfico 7. EVOLUCIÓN DE LAS CONSULTAS SUCESIVAS POR CENTRO. NAVARRA 1990-2000



[Volver a estrategias](#)

[Seguir especializada](#)



[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

## LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA 10 AÑOS DESPUES

### C. Balance de actuaciones en la asistencia especializada

**Autores: Luis Gabilondo, Subdirector de Coordinación Hospitalaria del SNS-O y Ander Arrazola, Sección de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud.**

La evolución y valoración de la asistencia especializada en el pasado decenio se presenta estructurado en tres apartados:

#### A.1. Valoración de los objetivos formulados en el I Plan de Salud (1991)

#### A.2. Principales actuaciones e insuficiencias en la aplicación de las estrategias del Plan de salud

#### **B. Evolución de indicadores en los noventa:**

B1.- Indicadores de la red de utilización pública.

B2.- Indicadores del conjunto de centros públicos.

B3.- Indicadores por centro.

#### **C. Balance de actuaciones en la asistencia especializada**

### C. Balance de actuaciones en la asistencia especializada

**El ciudadano valora positivamente la atención recibida en los hospitales. Los pacientes diferencian los servicios clínicos asistenciales en función de la información recibida sobre su proceso. El reto de la personalización.**

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

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

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

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

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

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

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

En estos años la importancia de la cama hospitalaria como núcleo casi absoluto de la actividad de los especialistas de los hospitales ha perdido peso en favor de una actividad más diversificada, con una creciente dedicación a la atención de pacientes en régimen ambulatorio.

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

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

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

### **Consolidación de la asistencia en las comarcas de Estella y de Tudela. Mejora de la equidad territorial.**



Uno de los principales objetivos planteados en los años ochenta respecto a la ordenación hospitalaria, fue el de dotar a las comarcas de Tudela y de Estella de hospitales modernos y adecuados a las necesidades sanitarias locales. La construcción del Hospital Reina Sofía de Tudela (1.986) y la asunción de la gestión por el Gobierno de Navarra del Hospital Garcia Orcoyen de Estella en 1.986 posibilitaron contar con los instrumentos para avanzar en ese proceso de descentralización.

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

### **Evolución de la Frecuentación hospitalaria en los hospitales comarcales.**

	Situación en 1985	Objetivo	Situación en 2000
Hospital de Estella	48	65	73
Hospital de Tudela	52	75	88

En estos últimos diez años los ingresos hospitalarios se han incrementado de forma importante, un 43% en Estella y un 27% en Tudela. Por su parte, la hospitalización de urgencia ha crecido mucho más en Estella (82%) que en Tudela (30%). Todas estas variaciones de actividad han coincidido con importantes reducciones en la duración de la estancia, así el hospital de Estella ha pasado de una estancia media en 1990 de 8,2 días a 5,6 en 2000, y el hospital de Tudela de 7,2 a 5,4 días en el mismo periodo.

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

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

### **Importante descentralización de la asistencia especializada**

Además de lo referido a las comarcas de Tudela y de Estella y en el conjunto de la red asistencial de Navarra, en los años noventa se han consolidado varias de las iniciativas emprendidas a finales de los ochenta dentro del

objetivo de descentralización de prestaciones. Otras intervenciones en cambio son de reciente materialización.

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

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

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

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

### **Avances en los instrumentos y modalidades de gestión**

Como continuación del desarrollo de la gestión por objetivos, promovido en los hospitales públicos en los años ochenta, en el último decenio se han consolidado nuevas formas de vinculación entre las direcciones de los organismos gestores y los centros proveedores de servicios, los Contratos Programa, en uso desde 1998. En estos Contrato Programas se establecen objetivos de actividad y de calidad, y la financiación queda vinculada a los mismos mediante los correspondientes indicadores de evaluación.

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

Recientemente, se ha constituido la primera Area Clínica (la del Corazón) como nueva modalidad organizativa y de gestión que permite descentralizar atribuciones y responsabilidades hasta hoy propias de las direcciones de los hospitales (Médica, de Enfermería y de Personal principalmente) y acercarlas

a los profesionales que han de afrontar la atención a los pacientes. Se busca así una mayor flexibilidad en la estructura para favorecer su adaptación a las necesidades de los pacientes.

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

### **Poca evaluación de la calidad y de los resultados**

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

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

### **Importantes incrementos del gasto y de personal.**

Desde 1990 el gasto corriente, en pesetas corrientes, de la atención especializada se ha doblado (crecimiento del 96,8%), alcanzando los 43.654 millones de pesetas en el 2000. Los incrementos de gasto más fuertes han coincidido con la asunción de competencias sanitarias del Insalud a principios de los noventa. En los últimos 5 años el crecimiento anual promedio ha sido del 6,2%. En pesetas constantes, el gasto total ha pasado de 22.183 millones a 28.728 millones, incrementándose en un 29,5%, dicho en otros términos: de todo el incremento del gasto habido estos 10 años, el 66% ha sido para hacer frente a la inflación y el 34% a la financiación de otros conceptos (estructura, actividad...).

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

No se dispone de información detallada de la plantilla a finales de los ochenta, pero considerando los criterios considerados en la planificación de la asistencia sanitaria pública de Navarra de 1.986, se constata que las dotaciones actuales vienen a doblar las previsiones de entonces, si bien es

cierto que: Las camas, como referentes para la evaluación de las necesidades de personal han ido perdiendo validez, a la vista del desarrollo de las políticas ambulatorias; El concepto de personal del 1992 y 2000 no se corresponde exactamente con el concepto de plantilla orgánica manejado en el 85; tanto en el 92 como en el 00 el personal de la subdirección de ambulatorios esta incorporada en los cálculos.

### **Ratio de personal total por cama previstos en 1.985, 1992 y 1999 en el SNS-O.**

	<b>1985*</b>	<b>1992</b>	<b>1999</b>
Hospitales grandes	2-2.2	3.49	4.11
Hospitales pequeños	1.4-1.8	2.63	3.62

\* Previsión de la Comisión Asesora del Ministerio, no contemplan ni temporales, ni personal de ambulatorios.

### **Baja implicación de los trabajadores en las instituciones sanitarias.**

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

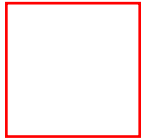
Se constata a muy diferentes niveles el bajo grado de participación de los trabajadores en la vida y funcionamiento de su organización. Existe una preocupante atomización del quehacer tanto a escala individual, como al nivel de unidades o de servicios. Son relativamente pocas las iniciativas dirigidas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

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

### **Escenario poco definido para afrontar el futuro.**

De la evolución seguida en el entorno sanitario más inmediato al sistema sanitario de Navarra pueden intuirse orientaciones que más o menos tarde aterrizarán en nuestro sistema. Así, la creciente preocupación por la mejora de la atención al paciente, por la calidad, por la descentralización de la gestión mediante diferentes formas de la gestión clínica, la reordenación de estructuras considerando los procesos asistenciales más allá de las

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



[Volver a estrategias](#)

[planificacion.evaluacion@cfnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cfnavarra.es)

### OBJETIVO 35.

Para el año 1995, deberá prevenirse el 50 % de las nefropatías y el 60 % de las retinopatías del paciente diabético.

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

#### Actividad de hospitalización relacionada con la Diabetes en los hospitales públicos de Navarra en 1998. Análisis del CMBD.

<b>CMBD 1998. ALTAS CON CIE=250</b>			
<b>En diagnóstico principal:</b>	<b>Altas</b>	<b>Es. Me.</b>	<b>Peso Me.</b>
250.0 sin mención de complicación	47	6,8	0,823
250.1 con cetoacidosis	28	7,9	0,978
250.2 con coma hiperosmolar	19	13,7	1,681
250.3 con otro tipo de coma	4	6,3	1,774
250.4 con manifestaciones renales	15	8,6	1,054
250.5 con manifestaciones oftálmicas	39	10,3	0,863
250.6 con manifestaciones neurológicas	34	10,5	1,298
250.7 con trastornos circulatorios periféricos	38	18,5	2,308
250.8 a .9 con otras manifesta. o no especificadas	183	12,2	1,520
<b>TOTAL</b>	<b>407</b>	<b>11,4</b>	<b>1,387</b>
<b>En diagnóstico no principal:</b>	<b>Altas</b>	<b>Es. Me.</b>	<b>Peso Me.</b>
250.0 sin mención de complicación	2486	10,9	1,918
250.1 con cetoacidosis	4	10,0	1,877
250.2 con coma hiperosmolar	6	9,7	3,592
250.3 con otro tipo de coma	2	9,0	3,845
250.4 con manifestaciones renales	62	12,1	1,926
250.5 con manifestaciones oftálmicas	112	9,9	1,727

250.6 con manifestaciones neurológicas	43	14,4	2,148
250.7 con trastornos circulatorios periféricos	37	11,1	1,948
250.8 a 9 con otras manifestaciones o no especificadas	280	12,8	2,063
<b>TOTAL</b>	<b>3.032</b>	<b>11,1</b>	<b>1,933</b>
<p>Fuente: CMBD del SNS-O.  Nota: Se han analizado el diagnóstico principal y siguientes 10 diagnósticos complementarios.</p>			

[VOLVER A OBJETIVOS](#)

[OBJETIVO 36](#)

[planificacion.evaluacion@cnavarra.es](mailto:planificacion.evaluacion@cnavarra.es)

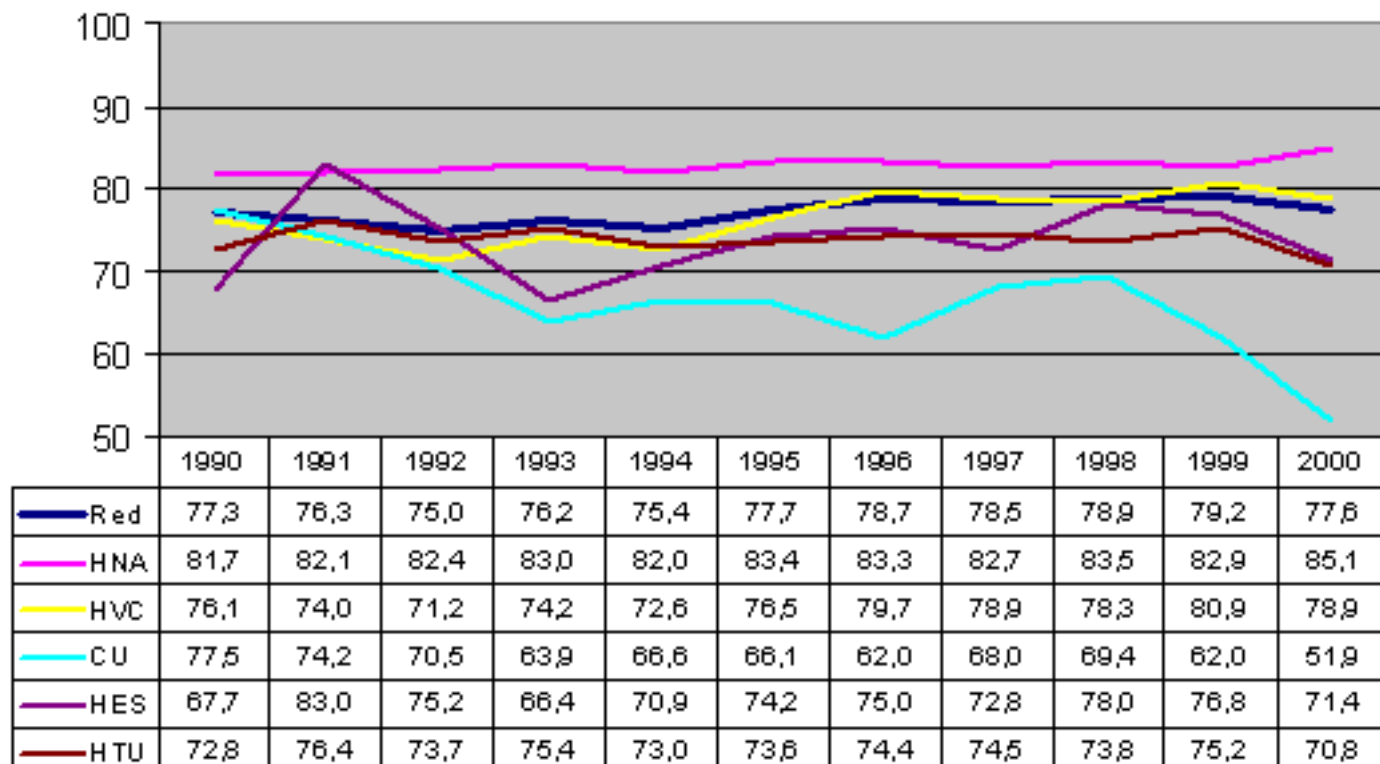
LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA 10 AÑOS DESPUES  
 B.- EVOLUCIÓN DE INDICADORES EN LOS NOVENTA.

B3.- Indicadores por centro.



EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE OCUPACIÓN POR CENTRO.

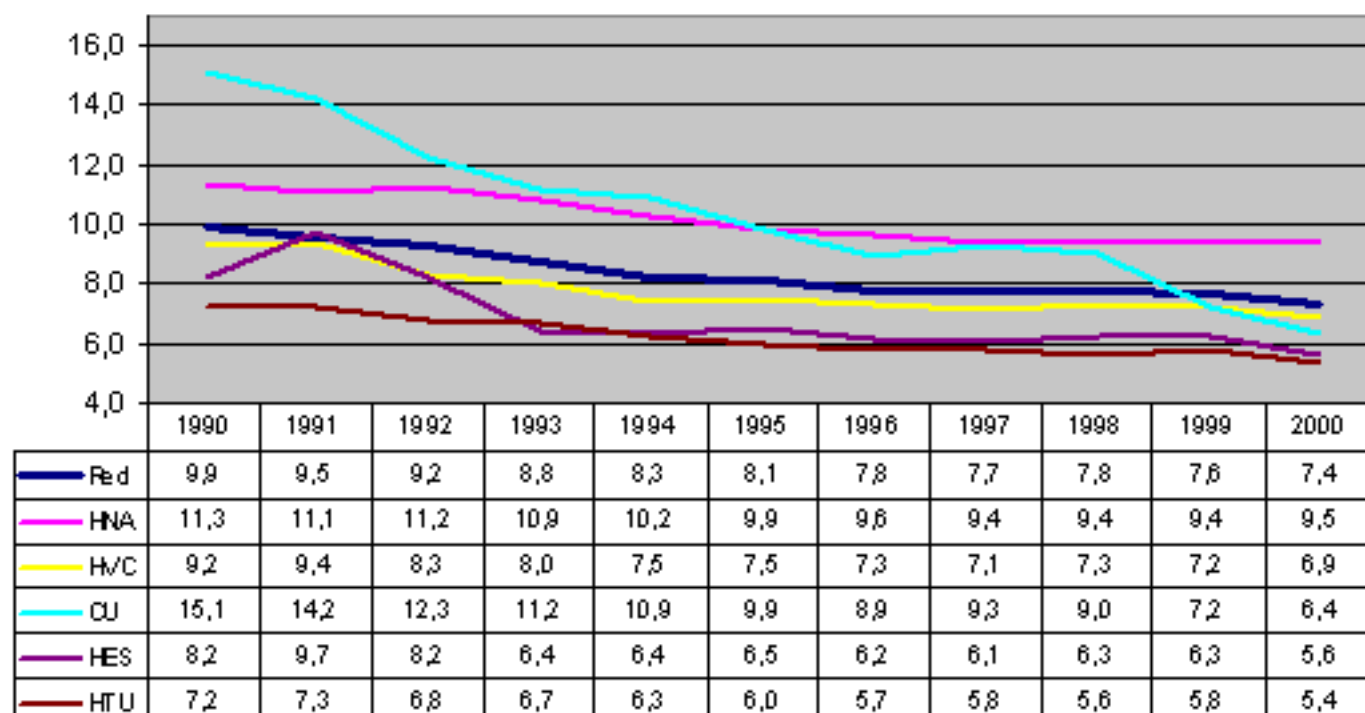
NAVARRA 1990 - 2000. Fuente: SNS-O.





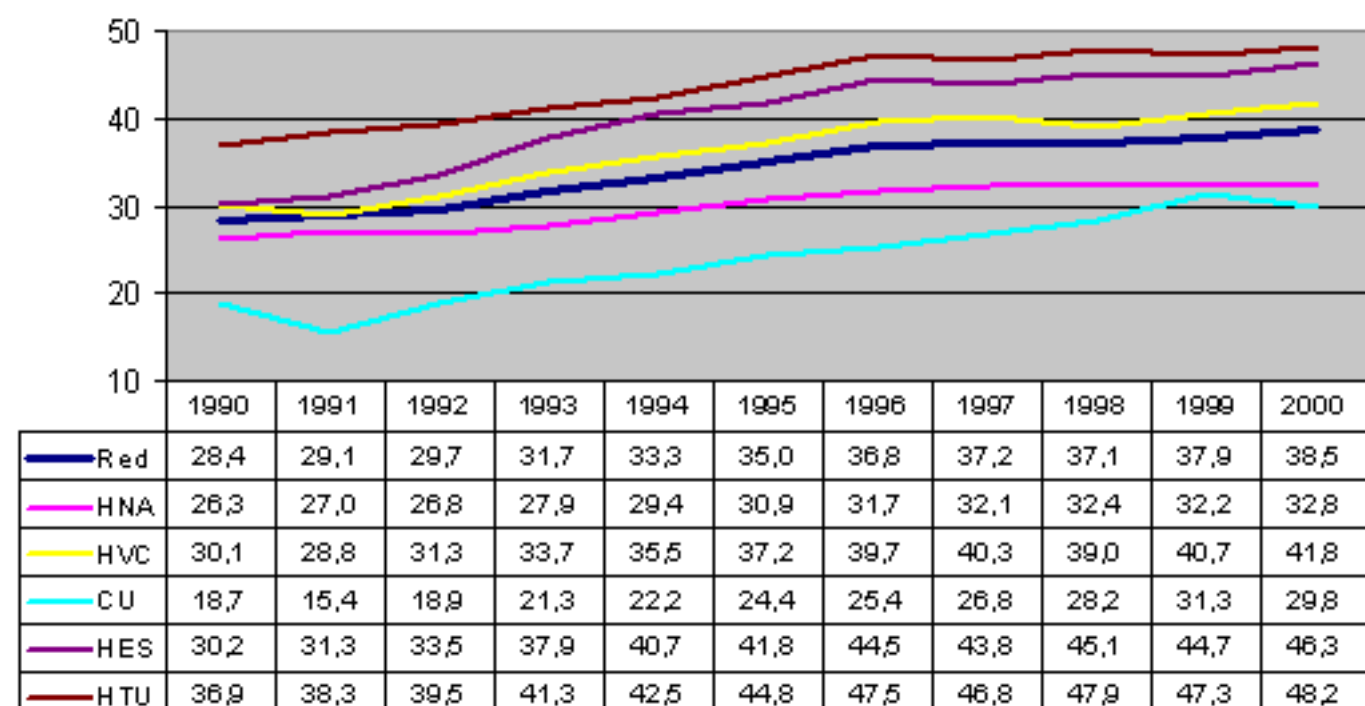
## EVOLUCIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA POR CENTRO.

NAVARRA 1990 - 2000. Fuente: SNS-O.

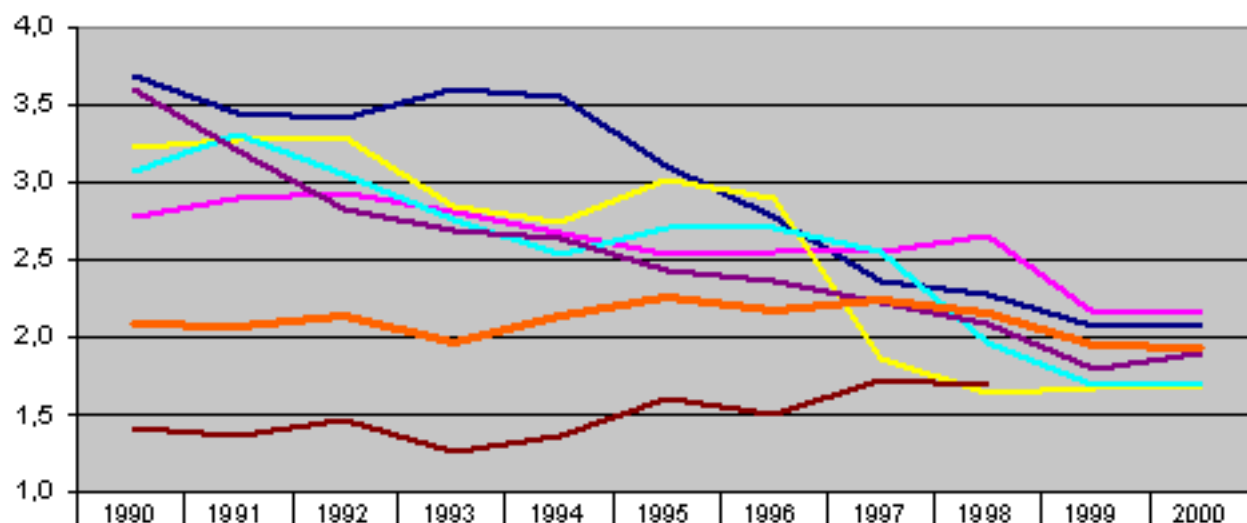


## EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE ROTACIÓN POR CENTRO.

NAVARRA 1990 - 2000. Fuente: SNS-O.

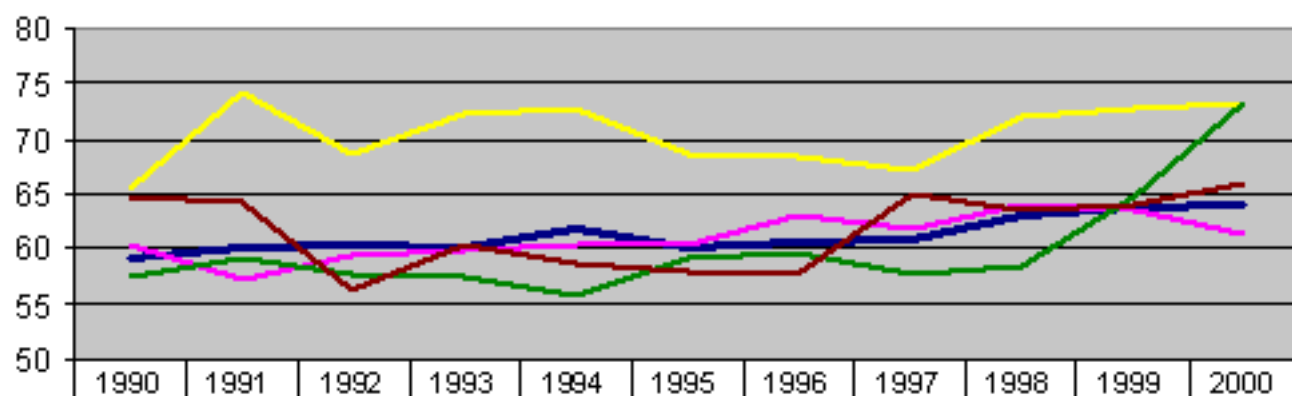


EVOLUCIÓN DEL INDICADOR VISITAS SUCESSMAS / PRIMERAS POR CENTRO.  
 NAVARRA 1990 - 2000. Fuente: SNS-O.



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
HNA	3,6818	3,44918	3,39823	3,60062	3,54343	3,0964	2,7838	2,35419	2,28252	2,06607	2,09326
HVC	2,783	2,89448	2,92887	2,80799	2,67755	2,53105	2,53857	2,5602	2,65998	2,15307	2,16429
CU	3,23277	3,27496	3,28459	2,83342	2,72999	3,00788	2,89117	1,85756	1,64533	1,67232	1,69832
HES	3,06816	3,30224	3,05426	2,76052	2,53509	2,70336	2,69928	2,55467	1,96164	1,7	1,7
HTU	3,5963	3,2016	2,82657	2,69557	2,63636	2,42833	2,35361	2,21981	2,09939	1,80547	1,89603
Ambula	1,42	1,37	1,46518	1,26541	1,35981	1,61192	1,50503	1,72452	1,70174		
Total	2,08936	2,06825	2,14157	1,96481	2,13079	2,26615	2,17381	2,23466	2,15443	1,95311	1,93487

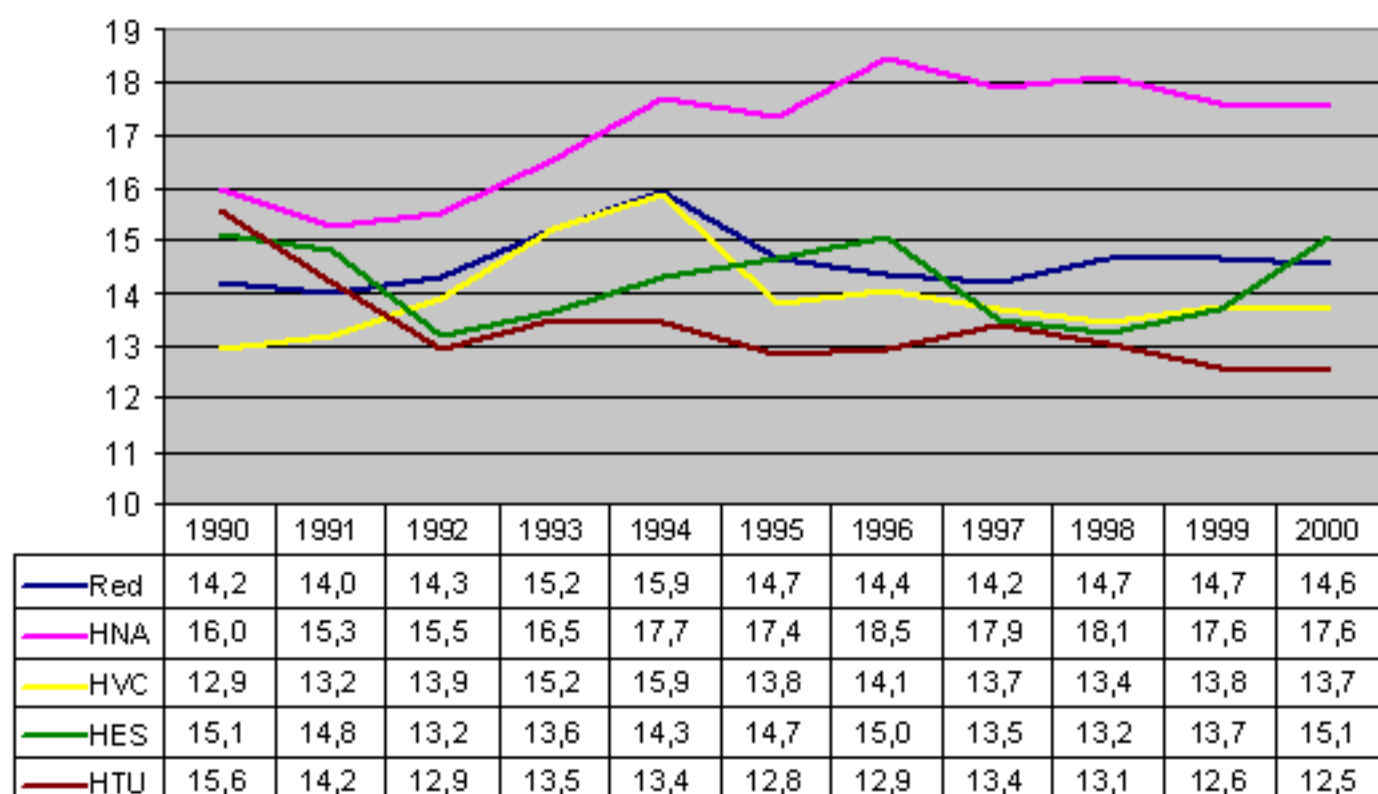
EVOLUCIÓN DE LA PRESIÓN DE URGENCIAS POR CENTRO.  
 NAVARRA 1990 -2000. Fuente: SNS-O.



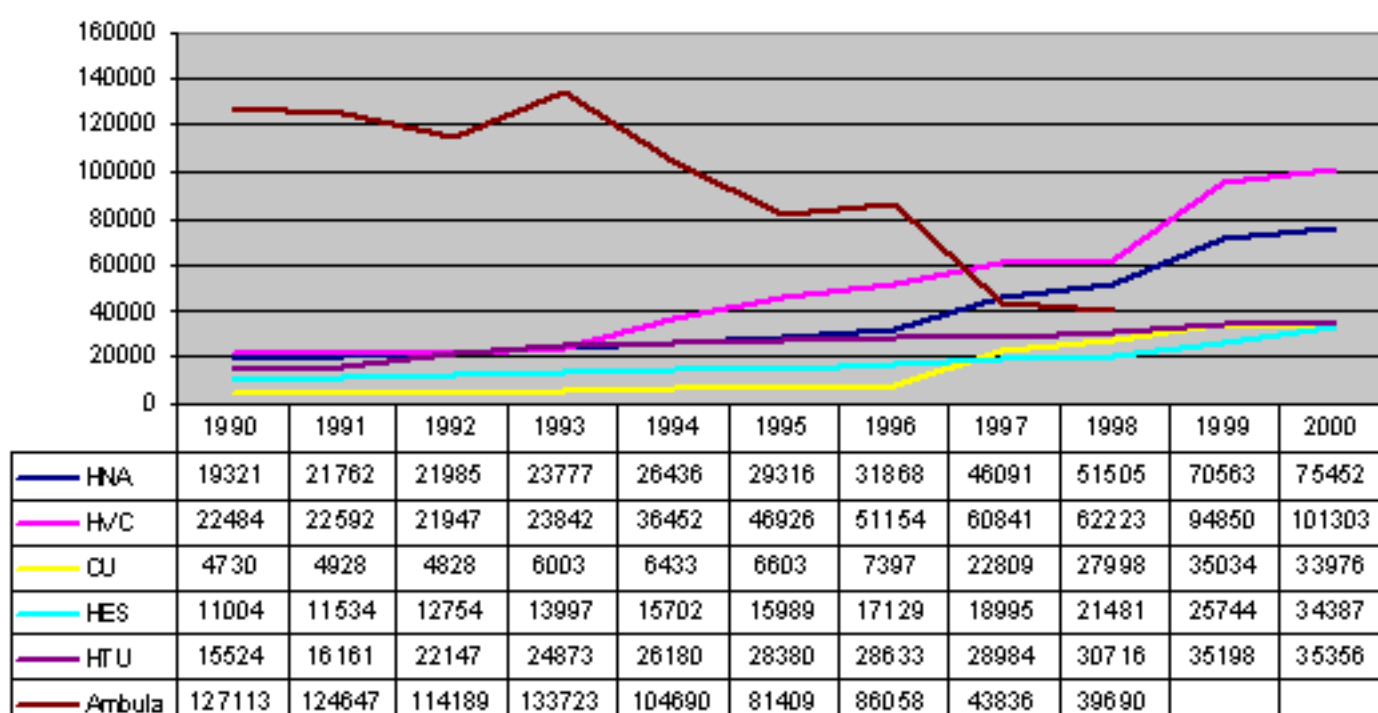
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Red	59,2	60,1	60,4	60,0	61,7	60,0	60,7	60,8	63,1	63,7	63,9
HNA	60,4	57,2	59,5	59,8	60,2	60,5	63,1	61,9	64,0	63,6	61,3
HVC	65,4	74,2	68,6	72,2	72,8	68,4	68,2	67,2	71,9	72,8	73,3
HES	57,5	59,1	57,7	57,4	55,8	59,2	59,7	57,8	58,5	64,7	73,1
HTU	64,7	64,3	56,1	60,2	58,7	58,1	57,8	64,9	63,5	64,0	66,1

## EVOLUCIÓN DEL % DE URGENCIAS INGRESADAS POR CENTRO.

NAVARRA 1990 - 2000. Fuente: SNS-O.



## EVOLUCIÓN DE LAS PRIMERAS CONSULTAS POR CENTRO. NAVARRA 1990-2000. Fuente: SNS-O.



**EVOLUCIÓN DE LAS CONSULTAS SUCESIVAS POR CENTRO.  
NAVARRA 1990 -2000. Fuente: SNS-O.**

