

EDITA

Departamento de Salud

Consejo de Redacción

- Víctor Napal (Director)
- Javier Gost
- Juan Manuel Casas
- Javier Ulibarri
- José Manuel Zozaya
- José Javier Viñes
- Olga Díaz de Rada (Secretaría de Coordinación)

Consejo Editorial

- Santiago Cervera
- Juan Ramón Rábade
- José María Ayerra
- Maite Artáez
- Nieves Asencio
- José Javier Viñes
- Víctor Calleja
- Javier Carnicero
- Alberto Andérez
- Enrique Gómez
- Mariano Gallo

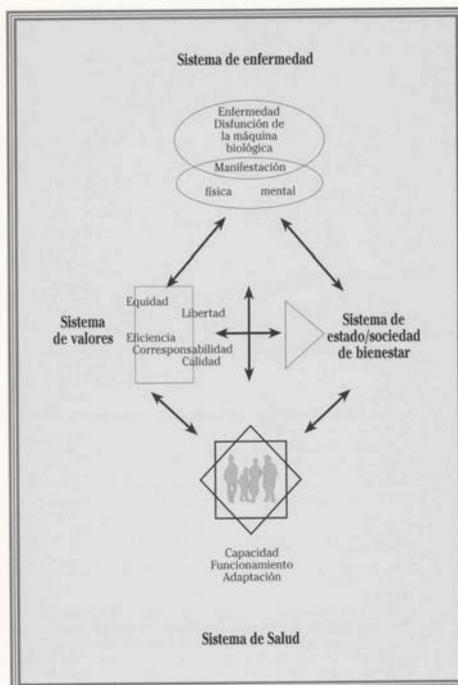
Correspondencia

Pabellón de Docencia
Recinto Hospital de Navarra
c/ Irunlarrea, 3
31008 Pamplona
E-mail: seccion.investigacion@cfnavarra.es

Promoción y distribución

Fondo de Publicaciones del
Gobierno de Navarra
Teléfono: 948 427 121
Fax: 948 427 123
31002 Pamplona
<http://www.cfnavarra.es/publicaciones>

Plan de Salud de Navarra 2001-2005



EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2001 – 2005

MARZO DE 2006

SERVICIO DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO SANITARIOS
DEPARTAMENTO DE SALUD

INDICE

INTRODUCCION

Características del Plan de Salud 2001 – 2005.....	4
----------------------------------------------------	---

VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SALUD 2001 – 2005

Valoración de la formulación.....	7
Valoración en conjunto de los procesos priorizados.....	10
Valoración de los programas	
Los trastornos mentales	24
Las enfermedades neurodegenerativas.....	27
Las enfermedades cardio y cerebrovasculares	30
Las enfermedades oncológicas	38
La accidentabilidad.....	49

INTRODUCCION

Mediante Acuerdo del Gobierno de Navarra adoptado en sesión del día 2 de Julio de 2001 se aprobó el Plan de Salud para el periodo 2001-2005. En dicho Acuerdo se señala que los objetivos operativos recogidos en el Plan han de orientar de forma prioritaria las intervenciones del Sistema Sanitario de Navarra. Dicho acuerdo fue remitido al Parlamento de Navarra para su conocimiento de conformidad con lo previsto en el artículo 22 de la Ley Foral 10/1990 de Salud.

Recibido el Plan de Salud en el Parlamento el Presidente del mismo no lo tramitó a ningún órgano del mismo (mesa de portavoces, ni Comisión de Sanidad, ni al Pleno), debido al anuncio del Grupo Parlamentario Socialista de sus intención de tramitar una Proposición de Ley sobre la tramitación de los planes que el Gobierno deseara realizar. En efecto tramitada la indicada proposición de Ley fue aprobada como Ley Foral 5/2002 de 21 de Marzo por la que se ordena:

Artículo único.- Se modifica el artículo 22 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.

Disposición adicional

El Gobierno de Navarra remitirá para conocimiento y aprobación por parte del Parlamento de Navarra todos los Planes que elabore el Gobierno de

Navarra sobre políticas concretas de interés para la Comunidad Foral de Navarra y que tengan una repercusión presupuestaria.

Disposición transitoria

Si durante la tramitación de este proyecto de Ley Foral el Gobierno, en virtud de lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley Foral de Salud, aprobase un nuevo Plan de Salud, éste permanecerá en suspenso hasta su tramitación tal como se dispone en esta modificación.

Esta Ley generó una situación confusa que ha dificultado el desarrollo y aplicación del Plan de Salud en sus estrictos términos ya que aprobada con anterioridad no fue tramitada según la legalidad vigente en el momento por el Parlamento ni antes (para su conocimiento) ni después (para su tramitación) de su aprobación de la Ley lo que ha impedido el impulso y su adecuado cumplimiento en los aspectos administrativos o económicos quedando el Plan como una directiva orientadora de las acciones técnicas del Sistema Sanitario de Navarra.

La presente valoración se realiza a partir de informes realizados entre Noviembre de 2005 y Enero de 2006 sobre el grado de cumplimiento de los objetivos formulados en cada uno de los procesos considerados prioritarios en el Plan de Salud 2001-2005. Para la realización de esos informes se han utilizado diferentes fuentes documentales y memorias así como realizado entrevistas con personas con responsabilidad en la materia.

Características del plan de salud 2001 2005

El Plan de Salud 2001-2005, centraba los esfuerzos en la mejora de la atención de 5 grandes grupos de enfermedades, considerados prioritarios en nuestra Comunidad: Los trastornos mentales, las enfermedades neurodegenerativas, las enfermedades cardio y cerebrovasculares, las enfermedades oncológicas y la accidentabilidad. En cada uno de estas patologías se realizaba un análisis exhaustivo de situación, estudiándose las actuaciones en marcha desde la prevención primaria hasta la atención en las etapas finales de la vida. Una vez identificados los principales problemas existentes en cada uno de los procesos se enunciaban los Fines perseguidos con el conjunto de actuaciones

a poner en marcha, las Estrategias a considerar y los Objetivos de Intervención a promover en las diferentes etapas del proceso. Para valorar el grado de cumplimiento en estos objetivos de intervención se establecían unos indicadores de seguimiento.

De forma complementaria a lo señalado hasta ahora y a la vista de la carga asistencial que se generaba en determinados servicios sanitarios como consecuencia de la aplicación del Plan, se establecieron dos nuevos programas de intervención orientados a reforzar estas estructuras. De esta forma surgen el Programa de adaptación estructural de la atención primaria a los objetivos del Plan de Salud y el Programa de Rehabilitación física derivado del Plan de Salud 2001 – 2005. Por otra parte, el Plan de Salud incorpora a sus previsiones otros planes ya en marcha y que son coincidentes en sus contenidos, estos son, el plan sociosanitario y el plan de actuación frente al tabaco. Por último, el Plan enunciaba diferentes actuaciones de apoyo en aras a favorecer la efectividad del mismo, caben señalarse, entre otros: El apoyo normativo (para la creación de direcciones técnicas o de gestión, en su caso, y asignar responsabilidades), el apoyo presupuestario (estimado en 66 millones de euros) y la actuación interdepartamental (para hacer efectivas las políticas de prevención primaria principalmente). El Plan de Salud fue publicado en ANALES del sistema Sanitario de Navarra, 2001, 24 Suplemento 3. 1-190

VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SALUD 2001 – 2005

Resulta complejo hablar de la evaluación del Plan de Salud de Navarra debido a las vicisitudes políticas en su proceso de tramitación anteriormente reseñadas ya que la función planificadora específica de la administración sanitaria fue subrogada como función legislativa.

A pesar de estas circunstancias debidas a interferencias de orden político, el Plan ha servido de orientación a los técnicos y profesionales y administradores públicos, señalando la dirección en la que debían dirigirse acciones instrumentales debiendo señalarse la confluencia entre los objetivos del plan y la acciones realizadas por los servicios de salud lo que permite constatar el cumplimiento de un porcentaje suficiente de los objetivos, y se evidencia la necesidad de consensuar los planes operativos con quienes han de aplicarlos, máxime cuando se plantean objetivos estratégicos que hayan de superar una legislatura.

Valoración de la formulación del Plan

La planificación por proceso emprendida con el Plan de Salud 2001 – 2005 supuso en su momento un importante paso para la formulación de líneas de trabajo y de objetivos novedosos en cuanto a definición de objetivos de salud vinculados a los procesos asistenciales más relevantes en nuestra sociedad. Más allá del mero enunciado de objetivos epidemiológicos, el proceso de planificación desarrollado visualizaba los instrumentos asistenciales que mediante su creación o mejora permitirían obtener beneficios en salud a los colectivos afectados. El trabajo llevado a cabo en su preparación supuso una importante colaboración entre diferentes servicios y profesionales implicados en la planificación, en la gestión y en la asistencia, para poder llegar a identificar las transformaciones necesarias. El alcance de los trabajos en cada proceso asistencial priorizado fue diferente de acuerdo con la problemática existente en cada uno de ellos.

Los objetivos de intervención planteados en cada proceso han sido diferentes de acuerdo con las diferentes necesidades identificadas. En unos casos, las estructuras asistenciales implicadas en la atención requerían adecuaciones organizativas que en otros procesos no eran necesarios. De igual manera, las necesidades de coordinación con otras administraciones eran importantes en áreas como en la de las enfermedades neurodegenerativas y la de trastornos mentales mientras que en otros procesos los objetivos buscaban mejorar la funcionalidad de la actividad que desarrollan habitualmente dentro del sistema sanitario. Además de la naturaleza diferente de los objetivos planteados en cada grupo de patología también era diferente la intensidad de actuaciones prevista en cada proceso según el ámbito en el que debía de materializarse el objetivo. Así, en el área de accidentes, los objetivos que buscaban incidir en la prevención y vigilancia de los factores de riesgo eran prolíficos, mientras que en el área de los trastornos mentales este tipo de objetivos era inexistente.

En el cuadro que sigue se presenta un desglose cuantitativo de los objetivos de intervención en función del ámbito de la intervención para los 5 procesos priorizados en el Plan.

NÚMERO DE OBJETIVOS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN

PROGRAMAS	Prevención y Vigilancia										Prevención secundaria			Proceso Asistencial						Rehabilitación cuidados	Formación Investigación				Organización y Gestión				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	1	2	3	4	1	2	3	4	
Trastornos mentales																													
Neurodegenerativas																													
Cardio-cerebro vasculares																													
Oncológicas																													
Accidentes																													

A la vista de este cuadro cabe valorarse el grado de cumplimiento de los objetivos planteados en un doble sentido. Por un lado, en sentido horizontal, podemos comparar para cada proceso asistencial considerado, la realización o puesta en marcha de los objetivos planteados, y por otro lado, en sentido vertical, podemos valorar el grado de actividad desarrollada en las áreas de intervención en las que se han materializado los objetivos del Plan de Salud 2001 – 2005.

Atendiendo al cumplimiento de los objetivos en los procesos prioritarios y de la evaluación realizada en cada uno de estos procesos y en una valoración de conjunto cabe deducirse lo siguiente:

- Se constata que varios de los objetivos previstos para su materialización dentro del periodo de aplicación del Plan se han demorado si bien están previstos para su desarrollo a partir del año 2005 o 2006. Entre estos últimos podemos destacar, la puesta en marcha de las nuevas infraestructuras en oncología, protocolos y guías de práctica (de la demencia...), creación de unidades asistenciales específicas (enfermedades vasculares).

-Los objetivos que incidían sobre intervenciones en prevención y vigilancia epidemiológica, son los que en el conjunto mayor grado de cumplimiento han obtenido, salvo en las enfermedades neurodegenerativas en la que no hay evidencia de

efectividad. Las acciones a impulsar en el área de la docencia y formación también han tenido un buen grado de aplicación. Por el contrario, los objetivos vinculados a la organización y gestión son los que se han aplicado en menor medida debido a las vicisitudes políticas y administrativas de la aprobación del Plan ya referidas, lo que ha impedido la aprobación y las dotaciones de las direcciones de los programas. Por último, en el área de intervención dirigida a modificar el proceso asistencial la aplicación ha sido desigual: relativamente bueno en las enfermedades cardiovasculares; mediano en las oncológicas y menos satisfactorio en las demás.

- Se evidencia una complementariedad positiva entre las orientaciones planteadas por el Plan y las acciones impulsadas desde el Servicio Navarro de Salud Osasunbidea en los trabajos desarrollados desde el proyecto Mappa (procesos clínicos) y desde los comités de mejora creados entre primaria y especializada. Esta coincidencia se da tanto en los problemas que se afrontan como en el tratamiento que se da a los mismos. Los grupos de trabajo formados permiten operativizar los objetivos formulados en el Plan y trasladarlos al día a día de las actividades de los profesionales sanitarios.

- Se constata una importante variabilidad en el grado de cumplimiento de objetivos entre los procesos. Por una parte se plantea la diferente naturaleza de objetivos formulados según sea el proceso considerado. Así, los objetivos que inciden más directamente en aspectos que tienen que ver con la calidad científico técnica, como la normalización del proceso diagnóstico terapéutico, parecen mucho más fáciles de materializar que otros que tienen que ver con la organización como hacer accesible las prestaciones ordinarias en determinados procesos de enfermedad; tal es el caso de la atención domiciliaria o la coordinación interdepartamental; por otra parte, el proceso seguido para la formulación de objetivos puede favorecer o dificultar la consecución de lo planteado en cada proceso. La determinación de objetivos, en especial los de intervención, a partir de un análisis compartido con los responsables de su aplicación aumenta en gran medida la probabilidad de materializar estos objetivos aspecto inmaterial imposible de prever en un Plan de Salud. Cuanta menos participación exista en la fijación de objetivos y cuanto menos se implique la estructura asistencial vinculada a los problemas o necesidades que queremos afrontar, resulta menor la consecución de los objetivos. La asunción de objetivos establecidos por terceros, siempre resulta dificultosa; hay problemas para su transmisión; así, el mayor grado de

consecución de objetivos ante las enfermedades cardiovasculares y en parte ante las enfermedades oncológicas se explicaría por una mayor proximidad del Plan a la planificación táctica y por la existencia de interlocutores con responsabilidades en el funcionamiento de ambos procesos. Por el contrario ante las enfermedades neurodegenerativas que inciden en aspectos sociales distinto al ámbito sanitario y ante los accidentes que se producen en el ámbito productivo, determina la dificultad garantizar que los objetivos formulados en el Plan se materialicen.

Valoración de los programas

Las valoraciones que siguen se realizan en función de los resultados obtenidos en la medición de los indicadores establecidos para cada objetivo de intervención.

Los trastornos mentales.

Intervención en el proceso asistencial:

Se ha avanzado en la delimitación de los trastornos mentales que cada nivel asistencial debe atender y en su aplicación: El indicador de ‘Trastornos Menos graves sobre Trastornos graves’ atendidos en los Centros de Salud Mental ha pasado de 1,22 en el año 2001 a 1,08 en 2004, reducción del 11%. Se ha avanzado también en la elaboración de guías que orientan sobre todo los circuitos a seguir en la derivación entre niveles, más que los aspectos clínicos que siguen poco desarrollados (guías Infanto-juvenil y de Adultos). De cara al diagnóstico temprano de la enfermedad mental grave, se ha elaborado únicamente el protocolo referido a esquizofrenia, pendiente de aplicación. Para la mejora de la coordinación entre servicios y de la continuidad de cuidados se han constituido dos comités de mejora entre profesionales de salud mental y de atención primaria y definido protocolos; además en algún centro de SM (Burlada, San Juan) se desarrollan sesiones clínicas conjuntas con AP. Se han diseñado programas de Psicoeducación en los 9 CSM, pero no existen líneas de trabajo con asociaciones de familiares y de afectados.

Intervención en docencia:

Un CSM ha desarrollado formación a médicos de familia y pediatras en técnicas de diagnóstico y tratamiento. El Departamento de Salud ha celebrado diferentes ediciones

de cursos de formación dirigidos específicamente a cada tipo de profesional participante en la atención a los trastornos mentales. Los cursos se han dirigido tanto a los profesionales de atención primaria como a los de la red de salud mental.

Intervención en organización y gestión.

La atención en salud mental está integrada en el ámbito de la asistencia especializada desde la promulgación del DF 276/2003, pero la reorganización orgánica y funcional de los centros de salud mental planteada en el Plan, no ha tenido lugar. No se dispone por el momento de unidades de tratamiento de corta estancia en los hospitales comarcales de Tudela Y Estella.

EN CONSECUENCIA

Los objetivos sobre los **trastornos mentales** se han cumplido en parte en cuanto que se ha iniciado la especialización de los centros de salud mental para los trastornos graves, reduciéndose el número de los menos graves, que están siendo atendidos progresivamente por los centros de atención primaria. A ello han contribuido las acciones formativas del Departamento de Salud tanto en el sector especializado como en el de médicos de familia y enfermeros de los centros de salud.

En el terreno organizativo la salud mental se ha trasladado al ámbito de la asistencia especializada. Se ha avanzado en la coordinación primaria especializada a través de comités de mejora para la continuidad del proceso asistencial, y se ha iniciado las protocolizaciones asistenciales de la esquizofrenia.

Las enfermedades neurodegenerativas.

Gran parte de los indicadores establecidos en este objetivo de intervención, estaban vinculados al entonces recientemente aprobado Plan de Atención Sociosanitaria (año 2000), de forma coherente con el objetivo de ese Plan (la atención a las personas en situación de dependencia) ya que las enfermedades neurodegenerativas suponen una importante parte de la causa de dicha situación de dependencia situada ésta en ámbito distinto al sanitario.

Intervención en prevención primaria y vigilancia epidemiológica.-

El Plan proponía la incorporación de una herramienta de valoración de las capacidades de las personas afectadas por estas enfermedades (RAI), de difícil aplicación. Tanto desde el Instituto de Salud Pública como desde los servicios de atención primaria se han desarrollado iniciativas dirigidas a mejorar las capacidades de los enfermos, así como su calidad de vida de su entorno: Cuidados y autocuidados; abordaje de las demencias; anciano y envejecimiento; entre otros.

Intervención en el proceso asistencial.

Se ha creado en el Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier la Unidad de Memoria en la que se ofrece un tratamiento precoz de rehabilitación de las funciones cognitivas (lenguaje, orientación, memoria, etc.) en aquellos pacientes que comienzan a presentar signos de demencia, con el fin de retardar el avance de la enfermedad. Se ha elaborado también una guía de actuación ante la demencia con orientaciones en el diagnóstico y en el tratamiento. Salvo los casos de iniciativas concretas desde los centros de salud, las ayudas y apoyos en los hogares a los enfermos y familiares se canalizan por medio de las asociaciones correspondientes. Queda pendiente promover intervenciones específicas en el sentido de modificar la aparición de síntomas o la institucionalización de los afectados.

Intervención en docencia

A lo largo de los últimos años las enfermedades neurodegenerativas han constituido una prioridad en las convocatorias de ayudas a la investigación, siendo 10 los proyectos que han recibido ayudas en el periodo 2001 – 2005. Así mismo esta prioridad se ha reflejado en los cursos de formación desarrollados en la red, especialmente alrededor de la demencia.

EN CONSECUENCIA

En lo referente a las **enfermedades neuro-degenerativas** se ha puesto de manifiesto las dificultades desde el punto de vista técnico de avanzar en la mejora de su asistencia por la naturaleza del proceso, carente de posibilidades de detección precoz efectiva, y por su dependencia del ámbito social que sobrepasa al sanitario. Del mismo modo, la evaluación de las capacidades de estas personas no ha podido desarrollarse. Las iniciativas para mejorar las capacidades de los enfermos, y de tratamiento precoz de los trastornos de memoria si bien se han llevado a cabo, los resultados e implantación han sido limitados. Dado el estado científico y sociosanitario de la cuestión, resulta difícil impulsar las mejoras a través de planes específicos desde el sector sanitario

Las enfermedades cardio y cerebrovasculares.

Intervención en prevención primaria y Vigilancia epidemiológica.

Se han sistematizado diferentes niveles de intervención sobre personas fumadoras para abandono del hábito fundamentalmente en los servicios de atención primaria. El consejo a todos los fumadores, la oferta de apoyo programado a los que quieren dejar de serlo, mediante actuaciones individualizadas o grupales y tratamiento farmacológico. Más de la mitad de las empresas que cuentan con servicio de prevención de riesgos laborales (250 o más trabajadores) han promovido programas de deshabituación. Sigue aumentando el porcentaje de exfumadores. En marzo de 2005 se empezó a aplicar la normativa sobre espacios sin humo. En el subprograma de 'prevención del inicio' las actuaciones habidas lo han sido a iniciativa y a demanda de los centros de escolares.

Se desarrolla una línea de trabajo que integra aspectos de promoción y de educación para la salud sobre la alimentación, el ejercicio físico en el contexto de una estrategia de mejora de los estilos de vida (junto a estrés y el tabaco).

Se ha retomado el registro poblacional de infarto de miocardio para los años 2003 y 2004 que se había hecho anteriormente para el año 1997. Entre Junio de 2004 y Diciembre de 2005 se ha realizado el trabajo de campo del estudio "Riesgo vascular

Navarra 2004” de valoración de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población entre los 35 y los 84 años en esta primera etapa y que continúa como un estudio de cohortes prospectivo, para estudiar el síndrome metabólico y el riesgo cardiovascular.

Intervención en prevención secundaria.

Todos los centros de salud cuentan con formación y capacidad para ofertar la Guía de actuación en riesgo cardiovascular, la cual evalúa los factores de riesgo y establece un plan de seguimiento en consecuencia que incluye a los pacientes con diabetes y con alguna enfermedad vascular. Existe un registro de las personas objeto de las actuaciones señaladas y que en Noviembre de 2005 incluía a 147.653 personas.

El consejo sistematizado individual sobre dieta, tabaco y ejercicio físico está protocolizado en atención primaria. En Noviembre de 2005, el 23,4% de las personas registradas en AP con algún factor de riesgo o con enfermedad vascular había recibido consejo individualizado sobre dieta adecuada y el 34,3% sobre ejercicio físico.

Intervención en el proceso asistencial.

Se ha impulsado el registro permanente de infartos agudos de miocardio. La información proveniente del mismo señala importantes mejoras en la atención de estos enfermos. Así entre 1997 y 2003, ha aumentado el porcentaje de pacientes atendidos en el Hospital de Navarra (del 37% al 55%); el porcentaje de pacientes a los que se les practica una coronariografía o una angioplastia de rescate, así como la población con tratamiento farmacológico adecuado tanto al ingreso como al alta.

En Febrero de 2005 se ha puesto en marcha una unidad de Ictus y se ha extendido la atención urgente en neurología, a las 24 horas del día, en el hospital de Navarra para la atención de todos los enfermos de Navarra que lo necesiten. Se ha reducido de forma importante la espera para acceder a la rehabilitación tras el alta hospitalaria por un ictus, tanto de la consulta como del inicio del tratamiento. Queda pendiente reducir los tiempos de demora para acceder a la logopedia.

En el contexto de los trabajos desarrollados sobre el Ictus en el proyecto Mappa del SNS-O, se han definido los circuitos de derivación de pacientes, de evaluación del cumplimiento terapéutico y de la información a aportar a los pacientes, considerados como puntos críticos en la atención de estos enfermos. Con estas actuaciones se busca garantizar la equidad en el acceso a la prestación de cuidados de calidad.

Queda pendiente la instauración de una unidad de rehabilitación cardiaca para una actuación precoz tras el alta hospitalaria.

Todos los centros de salud (Puntos de Atención Continuada) disponen de desfibriladores semiautomáticos. Se ha iniciado la dotación de los consultorios.

Intervención en docencia.

Cada año del Plan de Salud se han realizado 10-11 cursos de Soporte vital para el personal que trabaja en los Puntos de Atención Continuada lo que permite que puedan actualizar su formación en esta área con una periodicidad anual o bienal y mejorar el tratamiento temprano.

Entre 2001 y 2005 se han impartido diferentes cursos de educación para la salud a personal de atención primaria y dirigida a capacitar en consejo individual para dejar de fumar. Se han formado profesionales de 45 centros de salud y de servicios de prevención de riesgos laborales y de empresas. También se ha capacitado a personal de enfermería de los hospitales pertenecientes a servicios implicados en la atención de pacientes afectados por enfermedades generadas por el tabaco, tales como, neumología, medicina interna, ORL, cardiología.

EN CONSECUENCIA

Las **enfermedades vasculares** dadas la posibilidades técnicas de mejora han observado un avance inducido por el Plan: en prevención primaria se ha producido un impulso en la cesación del hábito tabáquico con acciones legales (Ley Foral 6/2003 sobre prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de promoción de la salud en relación al tabaco), educación poblacional e intervenciones individuales con una progresiva reducción del número de fumadores, aumento de ex-fumadores, si bien todavía son escasos los logros en aminorar el inicio del hábito. Se ha retomado y consolidado el registro de población de infartos de miocardio; se ha cumplimentado el iniciar un estudio poblacional estable y de seguimiento de riesgo vascular en una cohorte de 5.000 personas; se ha extendido a todos los centros de salud la Guía de actuación en riesgo cardiovascular que cubre a 145.000 personas en los centros de salud, aumentando las personas que vienen recibiendo consejo de salud al respecto y se han incrementado la personas atendidas en la unidad del

corazón, reduciendo los tiempos de intervención y aumentando la técnicas reparadoras coronarias.

Los enfermos de ictus han tenido un avance cualitativo en su atención a través de la creación de la unidad de ictus para la atención en la primera fase de la enfermedad, donde se aplican técnicas de exploración y de intervención. Se van consolidando circuitos de derivación. Se han reducido los tiempos de intervención en la rehabilitación.

El Plan docente ha intensificado las acciones formativas con cursos en soporte vital para la mejora de la atención inmediata de los enfermos vasculares agudos y se han realizado acciones de formación de educadores para la salud en prevención de riesgos y consejo de salud para el personal sanitario

Estos avances han ido acompañados de la necesaria formación a través de programas específicos de formación continuada en soporte vital y en formación a neurólogos y médicos de familia.

Las enfermedades oncológicas.

Intervención en prevención primaria y vigilancia epidemiológica.

Ante las personas con riesgo de desarrollar cáncer, la Dirección de Atención Primaria y el Instituto de Salud Pública han promovido una estrategia de Educación para la salud en estilos de vida que incluye la Alimentación, el ejercicio físico, el tabaco y el estrés. Para ello se vienen celebrando sesiones formativas de 2 horas en cada centro; en el periodo 2005-2006 alcanzará a 39 de los 54 Centros de Salud. Las valoraciones de las actuaciones frente al tabaco se aportan el apartado de enfermedades cardiovasculares.

El INSL va teniendo un conocimiento de los riesgos laborales por exposición a cancerígenos existentes en nuestra Comunidad por dos vías: Los servicios de Prevención de riesgos laborales, que dan cobertura a dos de cada tres trabajadores, a los que se requiere la cumplimentación de la “Ficha de vigilancia periódica de la salud en función a los riesgos inherentes al trabajo”, y por parte de los servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo que aporta información sobre los agentes químicos.

Intervención en prevención secundaria.

Continúan con gran nivel de participación, el 88,4%, las actividades de detección precoz de cáncer de mama, con una tasa estabilizada de detección situada entre el 0,38 y 0,40% de las mujeres examinadas. Continúa la racionalización de actuaciones ante el cáncer de cervix con el objetivo de adecuar las actividades a los riesgos. Se ha puesto en marcha un grupo de trabajo para evaluar la pertinencia de desarrollar la detección precoz en la población general frente al cáncer de colon y recto.

Intervención en el proceso asistencial.

Se ha desarrollado una experiencia de circuito específico de derivación ante la sospecha fundada de cáncer de pulmón, mama y colorectal en la que han participado varios centros de salud y los servicios especializados implicados. A pesar de ser bajo el número de derivaciones generadas desde atención primaria, la experiencia se ha considerado positiva porque facilita el acceso ordenado al diagnóstico a personas con alta probabilidad de tener cáncer (una confirmación cada 5 ó 6 sospechas). Se ha iniciado la extensión de la experiencia al resto de centros de salud. Respecto a actuaciones habidas para reducir el tiempo para el inicio del tratamiento, solo cabe señalarse el esfuerzo desarrollado en cada centro para afrontar las carencias de horas de quirófano, especialmente.

Se ha puesto en marcha la unidad de oncología del Área de Tudela, y establecido su cartera de servicios. En cada hospital se han constituido equipos multidisciplinares para las principales localizaciones tumorales en las que participan especialistas de diferentes servicios con el propósito de normalizar el proceso diagnóstico y terapéutico y tomar decisiones para su aplicación a los enfermos que atienden. En la etapa de seguimiento de los pacientes, todavía no se han establecido criterios, pero se constata un importante avance con la dinámica emprendida.

Tras una larga etapa de definición, en el año 2005 se ha iniciado la puesta en marcha de registros hospitalarios de tumores en los hospitales públicos de Navarra.

Los cuidados paliativos se han reforzado por dos vías. Por un lado, se ha consolidado y ampliado el ámbito de actuación de la unidad de cuidados paliativos del hospital San Juan de Dios para que de cobertura a toda la atención primaria de Navarra y por otro lado se han organizado la atención y los circuitos en el hospital de Navarra, habiéndose establecido un responsable.

Intervención en docencia.-

De los presupuestos del Departamento de Salud se han destinado 750.000 € a la investigación oncológica concretados en 32 proyectos (10 públicos y 22 privados) en el periodo 2001 – 2005. El Banco de materiales biológicos se creó y queda regulado en el DF 23/2001 en el que se conservan muestras de tumores caracterizados.

Intervención en organización y gestión.-

En cada hospital funcionan los equipos multidisciplinares centrados en la atención de pacientes afectados por cada una de las localizaciones tumorales principales. El año 2003, se creó una estructura específica de Oncología médica diferente de la Oncología Radioterápica. Los especialistas de Oncología médica y los de Radioterapia se incorporan a estos equipos de forma que se dedican de forma más o menos monográfica a la atención de pacientes con localizaciones tumorales específicas. En Diciembre de 2005 se han iniciado los trabajos para la dotación de las infraestructuras necesarias para ubicar las nuevas adquisiciones de tecnología en radioterapia. Gasto previsto en obra: 11 millones de €; equipamiento: 9,2 millones de €; obras previas y relacionadas: 5,3 millones. Total 25,5 millones de €.

EN CONSECUENCIA

Las **enfermedades oncológicas** han experimentado avances cualitativos en la dirección marcada en el Plan. En el área de prevención primaria y vigilancia epidemiológica se han desarrollado estrategias de educación para supresión de factores de riesgo conocidos; en detección precoz queda extendido y consolidado el programa de cáncer de mama con tasas de adherencia superior al 85% con espectacular reducción de la mortalidad general y específica de las personas vinculadas al programa como también un incremento considerable de la supervivencia. Continúa la racionalización de las actuaciones en detección de cáncer de cervix de acuerdo al consenso entre el Departamento, el Colegio de Médicos y los profesionales. La detección de cáncer colorrectal con evidencia de efectividad, ha presentado tentativas sin alcanzar criterios y acuerdos de actuación en un programa colectivo dadas las dificultades técnicas, organizativas y de elevado coste. El proceso asistencial oncológico se ha

visto altamente beneficiado por el circuito de derivación ante sospecha desde la atención primaria; la reducción de tiempos se enfrenta a la carencia de horas disponibles de quirófano; se ha extendido la oncología al área de Tudela; se han creado equipos multidisciplinares de decisión terapéutica circunscritos a cada hospital; se ha iniciado la creación de los registros hospitalarios de tumores; y se han consolidado las actuaciones en cuidados paliativos en el Hospital San Juan de Dios. Se han desarrollado acciones específicas de formación continuada en el proceso oncológico y se ha dedicado de forma preferente los fondos de investigación a los procesos oncológicos. Finalmente si bien no se ha alcanzado por el momento una protocolización de las actuaciones en el conjunto de Navarra, se ha avanzado en los equipos multidisciplinares hospitalarios incorporando la oncología médica y la radioterapia en las decisiones consensuadas, En Diciembre de 2005 se han iniciado la obras para la dotación de nuevas tecnologías radioterápicas.

La Accidentabilidad.

Intervención en prevención primaria y vigilancia epidemiológica.

- Entre 2000 y 2004 los accidentes de trabajo han descendido un 9,7% en Navarra, gracias sobre todo a al descenso de los accidentes con baja en jornada laboral (12,5%) y a pesar del incremento de los accidentes in itinere (10,3%). La mortalidad ha descendido 58,7%, ya que ha pasado de 46 a 19 fallecidos. Este descenso ha tenido reflejo en todos los sectores de actividad laboral. A diferencia de los accidentes mortales y leves, el número de accidentes graves se ha mantenido estable.

La cobertura dada por servicios de prevención de riesgos laborales ha aumentado hasta alcanzar a dos de cada tres trabajadores. Este crecimiento ha sido merced al incremento habido en la contratación de servicios de prevención externos a la empresa.

Se han desarrollado actuaciones específicas dirigidas a los ámbitos de mayor siniestrabilidad: el sector de la construcción y las empresas seleccionadas dentro del programa “Empresas Diana”, son las que mayor siniestrabilidad laboral presentaron el año anterior. Estas suponían poco más del 3% del total de empresas navarras, pero acaparaban más del 50% de los accidentes producidos cada año. Entre los años 2000 y

2004 se han incluido en este programa 3.253 empresas, siendo seguidas por el Instituto Navarro de Salud Laboral el 56% de ellas y el resto por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Todos los años se ha conseguido una reducción de la siniestralidad laboral en estos grupos de empresas respecto a la existente del año anterior, tras actuar en las mismas. El descenso ha oscilado entre el 20 y el 30%.

Se ha pasado de 517 accidentes de tráfico con víctimas en 2000 a 457 en 2003, con un descenso del 11,6%. El número de accidentes con fallecidos en los mismos fue 92 en 2000 y 73 en 2003, con una disminución del 20,7%.

Alrededor del 40% de las víctimas por accidentes de tráfico que ocurren cada año corresponden al colectivo joven (15-29 años).

Desde diferentes instancias, centros de salud, Instituto de Salud Pública, Real Automóvil Club, Instituto Mapfre, Parque Polo, entre otros, se han desarrollado una importante variedad de actuaciones dirigidas a sensibilizar a la población frente a los accidentes de tráfico.

En 2005 se ha aprobado la Estrategia Navarra de Seguridad Vial 2005-2012 (Acuerdo del Gobierno de Navarra de 4-7-2005).

Intervención en el proceso asistencial.-

No se disponen de datos específicos de tiempos de espera para la rehabilitación de accidentados. Pero según los datos contenidos en las Memorias del Servicio Navarro de Salud el número de personas en espera para primera consulta en rehabilitación (para todo tipo de procesos) se ha incrementado en un 27,38% entre 2000 y 2004.

La Duración Media de las Bajas por contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral), incluidas bajo el grupo diagnóstico "Lesiones" ha aumentado un 6,8% entre 2001 y 2004. La Duración Media de las Bajas por accidentes de trabajo ha aumentado un 13,1% entre 2000 y 2003.

EN CONSECUENCIA

La **accidentabilidad** ha tenido su expresión preferente en los planes de salud laboral observándose una tendencia positiva en la prevención de accidentes de trabajo con un descenso en el periodo del 9,7%. Ello es achacable al desarrollo de los servicios de prevención que alcanza al 66% de los trabajadores; a programas específicos como el de "empresas diana" de la

construcción con descensos entre el 20 y el 30% de los accidentes. Los accidentes de tráfico vienen disminuyendo en el periodo del orden al 21%. El nuevo *Plan de Estrategia Navarra de Seguridad Vial 2005-2012* de carácter interdepartamental ya aprobado tomará el testigo de estas actuaciones.

En el conjunto de la accidentabilidad el sector sanitario deberá mejorar en la rehabilitación y en reducir los tiempos de espera y en la reducción de los tiempos medios de las bajas laborales como indicador de efectividad.

SITUACIÓN DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS EN EL PLAN DE SALUD:

Los trastornos mentales

Las enfermedades neurodegenerativas

Las enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades oncológicas

Los accidentes

LOS TRASTORNOS MENTALES

Prevalencia de trastornos mentales

No hay datos globales actualizados para Navarra, por lo que se van a utilizar las estimaciones de prevalencia para España del estudio europeo “European Study of the Epidemiology and Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in year 2000). Según este estudio, un 9,2% [7,8-10,6] de la población española tiene algún tipo de trastorno mental. Los trastornos de Ansiedad son los más prevalentes 5,9 [4,5-7,3], seguidos de los trastornos del ánimo 4,9 [4,0-5,8]; seguidos de los trastornos del control de los impulsos 0,5 [0,2-0,8], y de abuso de sustancias 0,3 [0,0-0,5].

En términos de gravedad, hay que señalar que sólo el 11% de estos trastornos son considerados graves, un 33% de carácter moderado y más de la mitad de los trastornos detectados en el estudio de carácter leve.

En España un 7,3% [6,2-8,4] de las personas entrevistadas recibió tratamiento para los trastornos detectados. La proporción de personas que han recibido tratamiento está directamente relacionada con la gravedad del trastorno. El 64,5% [49,2-79,7] de las personas con trastorno grave, el 37,5% [26,8-45,0] de las personas con trastorno moderado y el 35,2% [23,8-46,63] de las que tenían trastorno leve. Una de las cuestiones centrales del estudio, según los autores, es la utilización de servicios de las personas que no tienen ningún tipo de trastorno, un 4% [3,1-5,0] recibieron algún tipo de tratamiento durante el periodo de estudio. Esto contrasta seriamente con la proporción de personas con trastornos considerados graves y moderados que no recibieron ningún tipo de tratamiento.

Por otra parte cabe señalar la información proveniente de las Encuestas de Salud y de Condiciones de Vida realizadas en Navarra. Según estos, el 9,5% de las mujeres y el 5,2% de los hombres manifiestan sufrir situaciones de ansiedad o depresión. Esta prevalencia no se modifica de forma notable con la edad.

La asistencia sanitaria en la red de salud mental.-

Tal como se relataba en el capítulo dedicado a los servicios de salud mental de este Diagnóstico de Salud, cada año los Centros de Salud Mental atienden en Navarra a unas 17.000 personas. De estas, la cuarta parte son personas que consultan por primera vez. En los últimos 10 años se constata un incremento del 68% de pacientes con cuadros psicóticos; los diagnosticados de trastornos neuróticos o por drogodependencia se han incrementado en menor medida, un 12% y un 22%, respectivamente. En todo el periodo la tendencia de los pacientes atendidos ha sido creciente, un 30% en ese periodo (Tabla 1).

Atendiendo a las características de las situaciones atendidas en los Centros de Salud Mental de Navarra sobre el total de pacientes atendidos en 2003, los Trastornos Mentales Graves representan el 34,5% y reciben 6,6 consultas en promedio; los Trastornos Mentales Menos Graves suponen el 39,1% (4,3 consultas año); Las personas atendidas en el programa Infanto Juvenil y en el programa de Drogodependencias representan un 10% de los pacientes en cada uno de ellos y reciben 4,3 y 6,3 consultas al año en promedio. (Tabla 2).

La hospitalización por trastornos mentales supone en el conjunto de hospitales públicos unos 1.100 ingresos cada año. En los últimos 5 años el número de hospitalizaciones habidas ha permanecido estable así como la edad de los ingresados (45 años en promedio). Por su parte la estancia media ha bajado respecto a 1999 en dos días, situándose en 18,5 días en 2003 (Tabla 3).

Los trastornos más frecuentes entre los pacientes ingresados son los Trastornos esquizofrénicos que representan el 24,3% del total, las Psicosis afectivas el 19,5% y el Síndrome de Dependencia del Alcohol el 8,6% (Tabla 4).

Se han estudiado algunas características de las personas hospitalizadas en estos últimos 5 años en los hospitales públicos de Navarra. Así, las 5.232 hospitalizaciones habidas en esos 5 años han sido generadas por 3.402 personas diferentes. El 74% de las personas hospitalizadas ha ingresado solo una vez en ese periodo, el resto, el 26%, lo ha hecho más de una vez (883 personas) (Tabla 5). Si tenemos en cuenta el patrón de hospitalización observamos que sobre el total de hospitalizaciones el 52% se producen

con pacientes que ingresan más de una vez. Así, constatamos que entre las hospitalizaciones habidas por trastornos esquizofrénicos el 36,6% de éstas se producen por pacientes que ingresan solo una vez, pero hay que señalar que esas personas que ingresan solo una vez representan el 65,2% de los pacientes, es decir, dos tercios de las hospitalizaciones se producen por un tercio de los pacientes hospitalizados por trastorno esquizofrénico, que en promedio han ingresado 3,25 veces en los últimos 5 años (Tabla 6). En las hospitalizaciones por Psicosis afectivas y en las generadas por Síndromes de dependencia del alcohol aproximadamente el 25% de los pacientes generan el 50% de las hospitalizaciones.

Estudiando los diagnósticos más frecuentes entre los pacientes que han ingresado 5 o más veces en estos últimos 5 años, observamos que sobre 825 hospitalizaciones, el 41,8% se asocian con Trastornos esquizofrénicos (345 hospitalizaciones) muy por encima de su frecuencia en la hospitalización psiquiátrica general (Tabla 7), expresando el déficit de camas complementarias a las de agudos para este tipo de enfermos.

Se ha comparado el patrón de asistencia de los pacientes con trastorno mental de Navarra y más específicamente el indicador de estancia media, con el estándar correspondiente al conjunto del Sistema Nacional de Salud, por medio de los GRDs (con el propósito de aumentar la comparabilidad). Se constata, que el 8,5% de las hospitalizaciones en Navarra se consideran Outlier (444 casos), es decir, que superan los límites de duración de la estancia hospitalaria establecida por la Norma 2002. Estudiando los GRDs correspondientes al resto de hospitalizaciones (Inlier = 4788 casos) vemos que para que la atención a los Trastornos Sicóticos sobre todo, pero también para los trastornos neuróticos la estancia media observada en Navarra es superior a la del estándar. Para las situaciones de Abuso o dependencia de sustancias en cambio, las estancias medias son similares (Tabla 8). Estas diferencias en el uso de las camas de hospitalización entre lo observado en Navarra y el comportamiento en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (año 2002) pueden implicar formas diferentes de gestión de los procesos clínicos en nuestra Comunidad respecto al patrón general, es decir, la limitación de recursos para la atención de estos enfermos en otros dispositivos puede estar favoreciendo el uso incorrecto de las camas para agudos.

ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

La **clasificación de las enfermedades neurodegenerativas** se establece en función de las manifestaciones clínicas con las que se presentan, pudiendo distinguirse aquellas que se presentan con un síndrome demencial, siendo la enfermedad de Alzheimer el mas claro exponente; las que se manifiestan fundamentalmente con trastornos del movimiento y la postura, como es el caso de la enfermedad de Parkinson; las que cursan con ataxia progresiva, como la atrofia olivopontocerebelosa; aquellas en las que la clínica fundamental es la debilidad y atrofia muscular, como es el caso de la esclerosis lateral amiotrófica; y otros muchas con presentaciones diversas. En este apartado nos vamos a centrar en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y en la enfermedad de Parkinson.

La mayor parte de estas enfermedades, están ligadas al envejecimiento, aunque la edad no es el único marcador de riesgo de la patogénesis de la enfermedad. El aumento de la expectativa de vida en nuestra sociedad, ha traído consigo un incremento de estas enfermedades crónicas en la población anciana. Las repercusiones socioeconómicas son muy importantes, pues al propio proceso de la enfermedad hay que sumar el impacto psíquico, la merma en la calidad de vida, la incapacidad laboral, la pérdida de habilidades sociales, la carga física y psíquica de los cuidadores de estos pacientes, y el enorme coste social que conlleva la atención social y sanitaria de estas personas.

Enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias

En el “Plan de Salud de Navarra 2001-2005”, se señala como las demencias aumentan exponencialmente con la edad, duplicándose cada 5 años a partir de los 65. En cuanto a la prevalencia de demencias según género, en este mismo documento, se señala como la mayor parte de los estudios encuentran una prevalencia dos veces superior en las mujeres que en los hombres, cuya causa no se debe solo a la mayor supervivencia de aquellas. Hay 3 mujeres por cada dos hombres que sufren Alzheimer entre los 65 y 79 años, y el ratio aumenta en cada década.

El último estudio de **prevalencia de demencias** en Navarra de Manubens et al.(1999) se realizó entre los años 1989 y 1993. En este estudio se estimó la prevalencia de demencias de mayores de 70 años a marzo de 1991: desde 6,3% en el grupo de población entre 72-74 años, hasta el 34,7% entre 90-91 años.

A partir de las tasas de prevalencia del estudio de Manubens y EURODEM (Hofman 1991), y con los datos de población de Navarra del padrón municipal a 1 de enero del 2003, se estima una población mayor de 70 años con demencia en Navarra entre 7.496 y 10.518 personas (Tabla 9).

En cuanto a la **prevalencia** en la población Navarra de la **enfermedad de Alzheimer**, aplicando las tasas de prevalencia por grupos de edad del estudio de Manubens et al. (1999) a la población del 2003, estimamos en 6.136 las personas mayores de 70 años con Alzheimer en Navarra (Tabla 10). Se observa un aumento del 27% en este colectivo, atribuible al envejecimiento de la población. En ese mismo período la población mayor de 65 años aumentó un 14%, entre 75-84 años un 27%, y mayor de 85 años un 34%.

Los últimos datos a nivel europeo de **incidencia de demencias** del estudio EURODEM (Launer 1999) muestran una incidencia del 2,5 ‰ a los 65 años, y 85,6 ‰ a partir de los 90 años. Para la enfermedad de Alzheimer las tasas de incidencia son de 1,2 ‰ a los 65 años y de 63,5 ‰ a partir de los 90 años.

Aplicando las tasas de incidencia del estudio EURODEM, estimamos los casos nuevos de demencia en población mayor de 65 años en Navarra para el año 2003 en 1.833 personas, de las cuales el 68% (1.242 personas) serían enfermos de Alzheimer (11 y 12).

Los **costes de la enfermedad de Alzheimer** en Navarra (sin incluir el resto de las demencias), se han estimado en 200 millones de euros para el año 2003. El cálculo se ha realizado en base a la población estimada con enfermedad de Alzheimer en Navarra (6.136 personas, Tabla 10), y el coste medio anual de la atención a estos enfermos, según el tipo de atención recibida (OSTEBA, 1997), actualizado al año 2003. En este coste se incluye tanto la atención sanitaria como la atención en residencias, centros de

día y atención domiciliaria, además de los cuidados informales soportados por la familia. Estos últimos representan un 82 % del coste total. Los costes de atención sanitaria representan tan solo un 2%. El 16% restante corresponden a costes de atención en residencias, centros de día y atención domiciliaria, cuya financiación en gran medida recae sobre los propios hogares.

Enfermedad de Parkinson

En el documento del 2003 de la Comisión Europea sobre el estado de salud de la población europea, los datos más recientes sobre prevalencia se refieren al estudio Europarkinson (Rijk 1997), donde se estima la prevalencia de Parkinson en Europa, en 0,6% a los 65 años, aumentando al 3,5% a partir de los 85 años, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las diferencias entre países no parecen tampoco significativas.

A nivel de Navarra disponemos de información sobre la **prevalencia de Enfermedad de Parkinson** a partir del estudio publicado por Viñes et al.(1999). En dicho estudio se estimó la prevalencia de Parkinson a través del consumo de DDD (dosis diaria definida) de levodopa en Navarra en 1994, en 161,5 por 100.000 habitantes en población general. En los menores de 65 años se estimó una tasa del 8 por 100.000, y de 1.001,1 por 100.000 para mayores de 65 años, lo que situaba el número de parkinsonismos en Navarra entre 789 y 903 personas.

Suponiendo las mismas tasas de prevalencia de dicho estudio (Viñes 1999), y aplicándolas a la población Navarra del 2003 (revisión del padrón municipal a 1 de enero de 2003), estimamos una prevalencia aproximada de 1.070 personas con la enfermedad de Parkinson en Navarra en 2003 (Tabla 13).

Según se señala en el “Plan de Salud de Navarra 2001-2005” la **incidencia de la Enfermedad de Parkinson** a nivel mundial se estima entre 4,5 y 16 por 100.000 personas/año, aumentando con la edad desde 5 por 100.000 entre 45 y 49 años hasta 90 por 100.000 en mayores de 75 años. En lo referente a Navarra, según el estudio de Viñes et al., la tasa de incidencia en 1994 se estimó en 8,2 por 100.000, siendo la tasa ajustada a la población estándar europea de 1990 de 7,4 por 100.000.

Aplicando las tasas de incidencia de la **Enfermedad de Parkinson idiopática** del estudio de Viñes et al. (10,2 por 100.000 en hombres y 6,3 en mujeres), a la población Navarra a 1 de enero de 2003, estimamos un total de 47 nuevos casos de EP idiopática en Navarra, 29 hombres y 18 mujeres. En cuanto a la incidencia de la **Enfermedad de Parkinson secundaria**, aplicando las tasas del mismo estudio por grupos de edad y sexo, se ha estimado un total de 28 nuevos casos en el 2003, 17 mujeres y 11 hombres (Tabla 13). Relacionando la prevalencia e incidencia del estudio señalado, la duración de la enfermedad en su conjunto es de 12,8 años de promedio.

Los **costes de la enfermedad de Parkinson** en Navarra se han estimado en 9,4 millones de euros (año 2003). La estimación se ha realizado en base a la población estimada con Parkinson en Navarra (1.070 personas, Tabla 13), y al dato del coste medio por paciente/año del estudio sueco (Hagell et al. 2002) actualizado al 2003. Se estima que el 40% corresponden a costes sanitarios, y el 60% restante a costes de cuidados no sanitarios. No se incluyen los costes informales de cuidados por parte de la familia y entorno social.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Dentro del epígrafe de “enfermedades del sistema circulatorio o enfermedades cardiovasculares “de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Cie 9ª revisión) destacan por su magnitud y trascendencia las enfermedades isquémicas y las cerebrovasculares. Sobre ellas se ha centrado el esfuerzo de recogida de información así como sobre los factores de riesgo implicados en su etiología.

Factores de riesgo

El consumo de tabaco, la inactividad física, la obesidad y la diabetes mellitus son factores de riesgo relacionados con las enfermedades vasculares que han sido abordados en otros apartados de este documento, los tres primeros en el capítulo de estilos de vida dentro del apartado de factores condicionantes y la diabetes de manera monográfica en este capítulo específico de morbilidad. Aquí se va a hacer referencia a los restantes factores de riesgo de este grupo de enfermedades: hipertensión arterial y dislipemias, así como a la combinación de algunos de ellos conocido como síndrome metabólico.

Hipertensión arterial

La última información disponible sobre prevalencia de Hipertensión en población general data de 1993 en el caso de Navarra y de 1989 en España. Se refiere a población de 35-64 años y sitúa en un 39% la prevalencia de hipertensión en Navarra (hombres 42,4 y mujeres 35,5) y un 45% en España (hombres 46,2%, mujeres 43,4%) (Tabla 14). La frecuencia de hipertensión aumenta con la edad. (Tabla 15)

En el estudio de prevalencia de hipertensión arterial, hiperlipidemia y obesidad en población infanto-juvenil de Navarra, realizada en población de 4 a 17 años en 1990-91, se encontró una prevalencia global de 7,17% siendo de un 25,3% a los 17 años. El criterio de hipertensión fue en el caso de los adolescentes $TA \geq 140$ y/o 90 mm de Hg y en los niños TA superior al percentil 97,5 según talla y peso.

El 68% de los individuos de 60 o más años, tiene cifras de PA ≥ 140 y/o 90 mm de Hg (Gabriel et al 1996). En el grupo de edad de 15-24 años, la prevalencia de HTA es del 4,1% (Compañó et al, 1998).

En relación con un estudio de prevalencia de Hipertensión realizado en 1982 en Navarra, se observa que el patrón de modificación con la edad y el sexo de las cifras de tensión arterial es idéntico en ambos estudios, pero los niveles absolutos están más bajos en 1993 para todos los grupos de edad y sexo, siendo la magnitud de la diferencia mayor para la TAS que para la TAD. Las mujeres menores de 50 años, han disminuido su prevalencia de hipertensión, los hombres mantienen la misma prevalencia. El porcentaje de hipertensos diagnosticados y controlados ha mejorado notablemente entre los dos estudios, lo que contribuye a explicar el descenso de los niveles medios de tensión arterial sistólica y diastólica a pesar de no haber variado la prevalencia de hipertensión. (Tabla 16)

Las prevalencias de hipertensión encontradas en estudios realizados en la década de los 90 sobre poblaciones específicas, oscila en los hombres entre el 29% en una población laboral de Valencia y el 42% en Murcia. En mujeres las cifras son más uniformes (Tabla 17)

Recientemente se ha hecho un estudio a partir de las Encuestas de Salud que incluyen medidas rigurosas de factores de riesgo cardiovascular relacionando las medidas de presión arterial en varios países europeos incluido España, Estados Unidos y Canadá, en población de

35 a 74 años. Muestra una medida promedio de Tensión Arterial de 136/83 mm de Hg en Europa frente al 127/77 en los dos países americanos estudiados. La prevalencia de hipertensión (TA>140/90 o tratamiento con antihipertensivos) ajustada por edad y sexo fue de 44% en los países europeos y de 28% en los norteamericanos. Las personas hipertensas, con tratamiento, que mantienen sus cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 son más bajas en Europa donde oscilan entre los países de un 5 al 9% de los hipertensos, con un promedio del 8% que en los países norteamericanos cuyo promedio es del 23% (Tabla 18)

Hipercolesterolemia

Como en el caso de la hipertensión la última información disponible sobre prevalencia de hipercolesterolemia en población general data de 1993 en Navarra y de 1989 en España. Un 21% de la población de Navarra de 18 a 64 años tiene hipercolesterolemia (≥ 250 mg/dl) y un 60% tiene hipercolesterolemia superior al límite (≥ 200 mg/dl). Estas cifras son algo superiores a las encontradas en el estudio nacional, si bien, las diferencias en la metodología hacen tomar con cautela estas variaciones (Tabla 19). En otros estudios de prevalencia de Comunidades Autónomas o sobre colectivos diferenciados las cifras encontradas se acercan más a las del estudio nacional (Tabla 20)

Según el estudio de Navarra, un 22% tiene cifras de LDL-colesterol altas (≥ 160 mg/dl) y un 4% tiene HDL colesterol bajo (< 35 mg/dl). La prevalencia en edades más jóvenes es mayor en hombres que en mujeres, pero en los últimos grupos de edad la relación se invierte, de manera que en conjunto no hay diferencias por sexo. La mitad de los hipercolesterolémicos están diagnosticados y un 17% tienen su colesterol controlado.

En el estudio realizado en población infanto juvenil de Navarra, ya citado, un 21,1 %, presenta cifras de colesterol > 200 mg/dl. Un 15,7 tiene un cociente LDL/HDL $> 2,2$.

A nivel nacional el estudio Dieta y riesgo de Enfermedad Cardiovascular (DRECE II) aporta información más reciente sobre parámetros lipídicos de interés, pero solo referida a valores promedio de los mismos, la población española de 35-64 años de edad tiene una media de 221 mg/dl para el colesterol total (219 en varones y 223 en mujeres), 53 mg /dl para el cHDL (48 en hombres y 58 en mujeres), 141 mg/dl para el cLDL (140 en hombres y 142 en mujeres) y 135 mg/dl para los triglicéridos (155 en hombres y 116 en mujeres).

Asociación de factores de riesgo. Síndrome metabólico

Epidemiológicamente la asociación entre la hipercolesterolemia y otros factores de riesgo cardiovascular es frecuente. Se observa un gradiente ascendente en las cifras medias de presión arterial con el incremento de las cifras de colesterolemia. En un estudio realizado en Atención Primaria, se observó que un 31% de los pacientes de 35-65 años que acuden a la consulta del médico de familia tenía dos factores de riesgo cardiovascular y un 6% tres, considerando hipertensión arterial, hipercolesterolemia y tabaquismo (cita artículo PAPPS).

Una agrupación de factores de riesgo cardiovasculares y de resistencia a la insulina constituyen lo que se ha denominado “síndrome metabólico” que se define según los criterios del National Cholesterol Education Program (ATPIII) como la presencia de al menos tres de los siguientes criterios:

- Medida de perímetro de cintura >102 en hombres y de 88 en mujeres.
- Triglicéridos ≥ 150 mg/dl
- HDL < 40 mg/dl en hombres y de 50 mg/dl en mujeres
- TA ≥ 135 y/o 85 mm de Hg
- Glucemia en ayunas ≥ 110 y > 125 mg/dl

Los datos obtenidos en 1993 en Navarra, informan de todos estos parámetros excepto de la medida de la cintura. A partir de esa información se estima que La prevalencia de síndrome metabólico es de al menos un 13% en hombres y un 6,9% en mujeres entre 18 y 64 años, por debajo del 25 % estimado en población no institucionalizada de 20 años y más de Estados Unidos a partir de la “third National Health and Nutritio Examination Survey, en el periodo 1988-1994.

Morbilidad por las enfermedades cardiovasculares

Las fuentes de información disponibles sobre morbilidad en enfermedades cardiovasculares son:

- Encuesta de morbilidad hospitalaria: de ámbito estatal, es la fuente que se ha utilizado para comparar las tasas de frecuentación hospitalaria de Navarra con otras comunidades autónomas y con el conjunto de España
- Registro de morbilidad asistida de Navarra: la calidad de sus datos desde 1999 permite obtener una buena estimación de las tasas de frecuentación hospitalarias a partir de esa

fecha y conocer otras características de las altas hospitalarias de interés como la estancia media y la edad.

- Registro poblacional de infarto de miocardio: en el año 1997-1998 formando parte del estudio IBERICA. Recientemente se han registrado los casos del periodo 2003-2004.
- Otras fuentes: Memoria anual de la unidad de ICTUS del Servicio de Neurología del Hospital de Navarra.

Según la Encuesta de morbilidad hospitalaria de 2001, en España la tasa ajustada por edad (población europea) de altas hospitalarias de las enfermedades del aparato circulatorio fue en ese año de 1.084,4 personas por 100.000 habitantes: 1.403,4 en varones y 811,8 en mujeres. La de la enfermedad isquémica del corazón fue de 293,9 personas por 100.000 habitantes: 464,7 en los varones y 144,8 en las mujeres; y 187,4 por 100.000 habitantes la de la enfermedad cerebrovascular: 239,6 en los varones y 144,8 en las mujeres.

En Navarra según la misma fuente de datos, la tasa ajustada de altas hospitalarias global por enfermedades cardiovasculares es ligeramente inferior: 1041, personas por 100.000 habitantes: 1.368,6 en hombres y 751,8 en mujeres. En el caso de la enfermedad isquémica la tasa es menor que en España: 219,8 por 100.000 habitantes, 350 en hombres y 99,2 en mujeres. En el caso las enfermedades cerebrovasculares sin embargo es muy similar: 189,0 por 100.000 habitantes: 252,9 en hombres y 135,5 en mujeres. (Tabla 21)

En los hombres, la tasa de altas por enfermedad isquémica del corazón es mayor que por enfermedades cerebrovasculares tanto en Navarra como en todo el país. En las mujeres la tasa por ambas patologías es similar en España y se invierte con un predominio de las cerebrovasculares en Navarra.

Según los últimos datos del Registro de Morbilidad asistida de Navarra, correspondientes a 2003, la morbilidad proporcional hospitalaria por enfermedades del aparato circulatorio (proporción de altas hospitalarias por enfermedades del aparato circulatorio) es de un 11,8% de todas las altas de ese año, son 6.393 altas que han dado lugar a 55.818 estancias, con una estancia media global de 8,7 días. (Tabla 22)

En hombres la enfermedad isquémica del corazón produce el mayor número de altas (28,5%) del conjunto de las enfermedades del aparato circulatorio, seguido de las enfermedades cerebrovasculares (20,1%). En mujeres esta relación se invierte y las enfermedades cerebrovasculares son las responsables del mayor número de altas. (Tabla 23)

El estudio de las características etarias de las altas por enfermedades isquémicas y enfermedades cerebrovasculares indican una edad inferior en los episodios de los hombres respecto a las mujeres y en los isquémicos cardíacos respecto a los cerebrovasculares. (Tabla 24)

La evolución de las tasas de frecuentación por 100.000 en hombres, según la encuesta de morbilidad hospitalaria en el periodo 1992-2001 muestra en Navarra un pequeño crecimiento de las altas por IAM y de las enfermedades cerebrovasculares. En España el incremento de ambos diagnósticos es más acusado y también el de altas por otras enfermedades isquémicas del corazón lo que determina un aumento global de la enfermedad isquémica del corazón importante. (Tabla 25, Figura 1)

En el caso de las mujeres, en Navarra se observa un incremento progresivo e importante de las altas por enfermedad isquémica del corazón por crecimiento de sus dos componentes, IAM y otras enfermedades isquémicas, mientras que las altas por enfermedades cerebrovasculares se mantienen más estables. En España se observa el mismo fenómeno de crecimiento de ambas rúbricas de isquemia cardíaca con unas tasas siempre más altas que las de Navarra. Las tasas por enfermedades cerebrovasculares, siempre por debajo de las de Navarra, tienen una clara tendencia ascendente (Tabla 26 y Figura 2). En Navarra llama la atención el fuerte incremento de las altas por otras enfermedades cardíacas.

La evolución de la morbilidad hospitalaria proporcional en España en el periodo 1980-1999 muestra un incremento de un 150% de las enfermedades isquémicas del corazón en hombres y un 190% en mujeres. En el caso de las enfermedades cerebrovasculares el aumento es de un 102% en hombres y de un 125% en mujeres (Tabla 27).

Infarto Agudo de miocardio

Sobre el IAM se obtiene información específica a partir de registros poblacionales de morbilidad

En España se pueden obtener datos sobre la incidencia de la cardiopatía isquémica de los registros poblacionales siguientes:

- MONICA: Monitorización, tendencia y determinantes en enfermedades cardiovasculares.
- REGICOR: REGistre GIroni de CORonariopaties.
- IBERICA: Identificación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda.

A partir de estos datos se observa que la incidencia del infarto agudo de miocardio, es más baja en España que en otros países desarrollados. Sin embargo, se aprecia en los últimos años un aumento de los episodios coronarios (cita PAPPS). La tasa anual, ajustada por edad de episodios coronarios en varones de 35-64 años fue en el estudio MONICA-Cataluña de 210/100.000, cifra muy inferior a la media de todo el proyecto MONICA que fue de 434/100.000 en el periodo 1985-1994. En las mujeres, la tasa fue de 35/100.000 la más baja de todo el proyecto (media 103/100.000).

En 1997-1998, se llevó a cabo el estudio IBERICA en 8 zonas de España, siendo una de ellas Navarra. En el año 2003 se ha reiniciado la actividad del registro poblacional.

Las características del registro son las siguientes:

- Los sujetos de estudio son toda la población de Navarra.
- Se monitorizan las tasas de incidencia, mortalidad y letalidad a los 28 días.
- Se recogen las características demográficas, clínicas y antecedentes patológicos de todos los casos sospechosos de IAM.
- Se estudian los pacientes atendidos en unidades de cuidados intensivos cardiológicos y en otros servicios hospitalarios de todos los hospitales de Navarra, así como los fallecidos fuera del hospital.
- Se siguen los criterios del estudio MONICA.

Resultados en Navarra del registro poblacional de infarto agudo de miocardio (IAM).

Año 2003

Ese año en Navarra se registraron 963 episodios de IAM, 681 casos (71%) eran hombres y 282 (29%) mujeres.

Las Tasas de Incidencia estandarizadas de 25-74 años, (este dato es de 1997), fueron de 150 casos por 100.000 en hombres y 26 por 100.000 en mujeres. En hombres, esta incidencia supera el límite superior del intervalo de confianza (IC) de la tasa de incidencia en el estudio Ibérica, 150 respecto a 144, y en mujeres más baja que la estimación global pero dentro del IC, 26 respecto a 28 (Figura 3).

Las Tasas de Incidencia aumentan con la edad tanto en hombres como en mujeres y dejando a un lado los 7 casos habidos en hombres menores de 35 años, las tasas oscilan entre el 62,9 y el 10,5 por 100.000 en el grupo de edad de 35 a 44 años en hombres y mujeres respectivamente; hasta el 2.415,5 y 1.810,6 por 100.000 en el grupo de 95 y más años. Las

tasas de IAM de los hombres son más altas que las tasas en las mujeres en todos los grupos de edad.

El 51,8% de las personas que presentan un IAM había fallecido a los 28 días siguientes del inicio de los síntomas. La mayoría de los fallecimientos, el 77,6%, se produjeron en los primeros minutos tras el episodio y tuvieron lugar fuera del hospital o durante el traslado al mismo. Una vez alcanzado el hospital, la letalidad a los 28 días es del 19,2%, lo que representa el 22,4% de todos los fallecimientos registrados. (Tabla 28).

La letalidad aumenta con la edad y es mayor para mujeres que en hombres globalmente y en casi todos los grupos de edad.

Enfermedades cerebrovasculares

Las enfermedades cerebrovasculares fueron responsables en Navarra en el año 2003 de 1.445 ingresos y 15.056 estancias, con una estancia media de 10,4 días (Tabla 29). Dentro del grupo de enfermedades cardiocerebrovasculares, los accidentes cerebrovasculares o ICTUS constituyen la patología más grave y representaron el 75% de todas las altas y el 81 % de las estancias, por este grupo de enfermedades, el 95% tanto de altas como de estancias si incluimos la isquemia cerebral transitoria (Tabla 29).

Más de la mitad de los ICTUS son de origen isquémico (Tabla 30), un 70% si se incluye la isquemia cerebral transitoria.

Desde el año 1992 las tasas ajustadas de las altas por enfermedades cerebrovasculares en España, han experimentado un crecimiento superior al 50% tanto en hombres como en mujeres. En Navarra las tasas se mantienen estables en las mujeres y muestran una tendencia ligeramente ascendente en hombres. En todos los casos las tasas son superiores en los hombres (Tablas 25 y 26).

La evolución en Navarra de las altas hospitalarias por ICTUS en los últimos 5 años muestra unas cifras estables, con un ligero incremento de un 10% en el 2003 respecto a los años anteriores. Las cifras reales de ICTUS podrían ser algo mayores si se tiene en cuenta que el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra cuenta en los últimos años con la presencia física de un neurólogo que deriva directamente al Hospital San Juan de Dios algunos casos de ICTUS y da altas para estudio y seguimiento ambulatorio a algunos pacientes con Isquemia cerebral transitoria.

La distribución de los tipos de ICTUS también se ha mantenido estable los últimos años (Figura 4).

ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS. SITUACIÓN ACTUAL

Incidencia

En el año 2004, el Registro poblacional de Cáncer de Navarra ha completado la información referente a los casos incidentes del año 2000, con lo que ha sido posible analizar la evolución de los últimos 3 años (1998 – 2000) respecto a los quinquenios anteriores.

El progresivo envejecimiento de la población determina que el número anual de casos de cáncer diagnosticados este incrementándose, aumentando con ellos las necesidades asistenciales. Exceptuando piel no-melanoma a principios de los 80 se diagnosticaban aproximadamente 1.400 cánceres y a finales de la década de los 90, la cifra fue de 2.500.

Respecto al quinquenio 1993-97, la incidencia global de cáncer en los años 1998-2000 ha aumentado un 4,2% en los hombres. El conjunto de los tumores relacionados con el hábito tabáquico (cavidad oral y faringe, esófago, laringe, pulmón, vejiga y páncreas) se ha estabilizado respecto al quinquenio anterior y continúa descendiendo la incidencia de cánceres de estómago. Es llamativo el aumento de la incidencia de cáncer de próstata, melanoma, linfomas no Hodgkin y los cánceres de riñón. (Tabla 31)

Entre las mujeres de Navarra, se observó un incremento de la tasa de incidencia de todas las localizaciones, 202,8 por 100.000 en el trienio 1998-2000 versus 188,7 en el quinquenio 1993-97 (incremento de un 7.4%). El conjunto de los tumores relacionados con el hábito tabáquico ha experimentado un ligero aumento. Así mismo han aumentado las tasas de cánceres de tiroides y ovario en este periodo. Al igual que entre los hombres disminuyeron los cánceres de estómago.

Atendiendo a las incidencias publicadas referidas al periodo 1993-97, la tasa de incidencia global de cáncer de los varones de Navarra, era considerablemente más alta que la registrada en varios registros de la Unión Europea (Noruega, Dinamarca u

Holanda). Así mismo, la tasa de incidencia de los varones de Navarra se asemeja a la publicada para la Comunidad Autónoma de Mallorca o Girona y fue más alta que la encontrada en Zaragoza, Murcia ó Granada. La tasa de cáncer de las mujeres de Navarra se encuentra en un lugar alto entre los registros españoles y bajo respecto a la de los registros europeos.

Principales localizaciones

El cáncer de próstata fue la localización más frecuentemente diagnosticada entre los hombres de Navarra durante 1998-2000, 298 casos al año, que representan un 20% del total de casos entre los hombres. Los últimos datos de incidencia publicados por la IARC muestran para los registros de España que las tasas más altas en el periodo 1993-97 se observaron en Navarra (40 casos por 100.000) y Gerona (39,5) y las tasas más bajas en Asturias (24) y Granada (22). Esta variabilidad todavía es mayor si examinamos los datos europeos o mundiales. Es una localización tumoral que presenta un incremento de las tasas en los últimos años (Tabla 32). El aumento de las tasas de incidencia de los cánceres de próstata observado en Navarra, coincide con los descritos en muchos países desarrollados y se atribuye en buena medida a la introducción de nuevas técnicas de diagnóstico precoz, tales como el "Prostate Specific Antigen" (PSA).

El cáncer de pulmón fue la segunda localización en hombres con 244 casos al año, que suponen un 16 % del total de casos, en las mujeres esta localización supone un 2% del total con 32 casos al año. En los varones resulta esperanzadora la estabilización de los tumores relacionados con el hábito tabáquico, a pesar de objetivarse un ligero aumento de la tasa de cáncer de pulmón. Habrá que esperar a datos futuros para ver si la estabilización de la incidencia de estos cánceres en los hombres de Navarra sigue el patrón descrito en los Estados Unidos ó en algunos países de Europa, donde desde los años 90 se observa un descenso.

Entre las mujeres los cánceres relacionados con el tabaquismo mostraron un pequeño incremento aunque las tasas continúan siendo bajas.

En Navarra, el cáncer colorrectal es el tercero más frecuente después de los cánceres de pulmón y próstata en los hombres. Entre las mujeres se sitúa en segundo lugar, tras el

cáncer de mama. Este patrón es el mismo que se ha observado en la Unión Europea en los años 90. Se han observado grandes diferencias en las tasas de incidencia para el cáncer colorrectal, de manera que por ejemplo los registros con mayores tasas de incidencia (de Norteamérica) multiplican entre 10–15 veces las tasas publicadas por los registros con tasas más bajas situados en áreas de Africa y Asia (excepto Japón). Las tasas de incidencia y mortalidad de los hombres y mujeres de Navarra se encuentran en torno a la media.

El cáncer de estómago ocupa el quinto lugar en frecuencia tanto en hombres como en mujeres. En este periodo se diagnosticaron 79 nuevos casos al año entre los hombres y 45 casos entre las mujeres, representando aproximadamente el 5 y el 4% del total de los tumores malignos. La ratio de las tasas de incidencia de los hombres y mujeres es de 2,6. Continúa el descenso de la incidencia de cáncer de estómago iniciada en las décadas anteriores en ambos sexos

El cáncer de mama es la localización tumoral más frecuentemente diagnosticada entre las mujeres de Navarra representa el 28,5% de los cánceres diagnosticados con 287 casos anuales y continua aumentando la incidencia como sucede en otras regiones desarrolladas, coincidiendo con la expansión de los programas de detección precoz.

El cáncer de ovario es el tercero más frecuente entre las mujeres de Navarra, con aproximadamente 47 nuevos casos cada año (4,7% del total). La tasa de Navarra es semejante a la media estimada en la Unión Europea 10,1. Hasta finales de los años 90 los datos de incidencia de Navarra indican un aumento, debemos tener en cuenta que a partir de 1993 se empezó a codificar con la CIE-O2 que introdujo los cistoadenomas de ovario de bajo potencial maligno como infiltrantes.

La tasa de incidencia tumores malignos de cuerpo de útero de Navarra es semejante a la observada en Tarragona o Murcia. Los tumores de esta localización son los más frecuentes en las mujeres tras el cáncer de mama, colorrectal, y ovario, representando en el periodo 1998-2000, el 6,6% de todos los casos incidentes en mujeres

Se diagnostican anualmente en Navarra alrededor de 108 tumores de vejiga invasivos en hombres y 17 en mujeres, siendo uno de los cánceres donde las tasas de los hombres son

mucho más altas que las tasas de las mujeres ratio de 8,5. Es el cáncer que ocupa el cuarto lugar en cuanto a frecuencia entre los varones (7,6%) y de los últimos lugares en mujeres (1,2%). Se estima que el tabaquismo es el responsable del 30–40% de los cánceres de vejiga en los países desarrollados.

El aumento de la incidencia en las mujeres puede ser explicado en gran medida por el aumento del cáncer de mama, como ocurre en otras regiones desarrolladas y coincidiendo con la expansión de los programas de detección precoz junto a la evolución de los tumores relacionados con el tabaquismo.

La mortalidad por Cáncer

En el último periodo, 1997-2001, las muertes por cáncer representaban el 32,3% del total en los varones y el 22,5% en las mujeres. Confirmando una tendencia observada a finales de la década de los 80, considerando conjuntamente todos los tipos de tumores, la tasa mortalidad por cáncer de los varones supera a la mortalidad por enfermedades circulatorias. Este mismo patrón se observa en España en el año 2000. Señalar también que la tasa de mortalidad por cáncer de los varones de Navarra es un 4% más baja que la de España y además se ha producido un descenso de la mortalidad por esta causa en los últimos años (Figura 5). El descenso de la mortalidad por cáncer ha afectado también a la mortalidad prematura o APVP, que han descendido un 8,7% en los hombres. Señalar que el descenso de las tasas de mortalidad por tumores del aparato digestivo en prácticamente todas las localizaciones (excepto páncreas) y fundamentalmente el importante descenso de la mortalidad por cáncer de estómago, son en buena medida responsables de la buena evolución del indicador “mortalidad por cáncer”.

Entre las mujeres, se van igualando igualmente las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias y cáncer pero todavía las primeras continúan siendo la primera causa de muerte en Navarra. El conjunto de todas la muertes por los diferentes tipos de cáncer muestra un descenso de las tasas de 5,2% entre el periodo 1997-2001 versus el periodo anterior (Figura 5) y lo mismo ocurre con la mortalidad prematura, observándose un descenso de 9,9%. A nivel europeo, la tasa de mortalidad por cáncer

de las mujeres de Navarra se encuentra entre las más bajas y se aproximan al país con tasa más baja que es Grecia, mientras los varones presentan una mortalidad similar a la media registrada en la Unión Europea.

Cáncer de pulmón y otros tumores relacionados con el tabaco. El cáncer de pulmón ha sido el tipo de tumor que mayor tasa de mortalidad ha presentado entre los varones de Navarra a lo largo de toda la década de los 90 y además las tasas continúan aumentando, un 2,4% en el periodo 1997-2001 respecto al periodo 1991-1996. Es, tras los accidentes de tráfico, la segunda causa en APVP entre los varones. Como novedad respecto a las décadas anteriores, los indicadores relativos a la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres registran incrementos importantes en el periodo 1997-2001 respecto al periodo 1991-1996, 43% en la mortalidad total.

A nivel europeo la mortalidad por cáncer de pulmón de los hombres de Navarra ocupa un lugar intermedio entre los valores más bajos de países como Suecia, cuyas tasas de mortalidad son aproximadamente un 100% más bajas que las de Navarra y los países con tasas más altas entre los que se encuentran Bélgica u Holanda. La mortalidad por cáncer de pulmón de las mujeres de Navarra continua siendo mucho más baja que la de la mayoría de los países de la Unión Europea, encontrándonos en nuestra región en la parte ascendente de la curva reflejo de la tardía introducción del tabaquismo en las mujeres de Navarra.

Respecto a otros tumores relacionados con el tabaquismo hay que señalar que en los hombres han descendido los tumores de la cavidad bucal y faringe, también la mortalidad por cáncer de laringe y ha aumentado la mortalidad por cáncer de páncreas.

Cáncer de mama. Entre las mujeres de Navarra en el periodo 1997-2001, el 3,4% de las muertes totales y el 15% de las muertes por cáncer se deben a esta causa. Representan el 10% de las muertes prematuras o APVP, ocupando el segundo lugar tras los accidentes de tráfico. La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama de Navarra (20,2 por 100.000) en el periodo 1997-2001 era muy similar a la tasa registrada en el año 2000 en España (20,6 por 100.000).

En Navarra, la evolución del cáncer de mama en el periodo 1991 a 2001 muestra una evolución buena en todos los indicadores. En cuanto al número absoluto de muertes se ha pasado de una media anual de 85 a 78 en los periodos 1991-1996 a 1997-2001. La tasa ajustada de mortalidad y la tasa ajustada de APVP han disminuido en los mismos periodo: un 20,2 y 17%, respectivamente. Esta tendencia se asemeja a lo observado en España, donde las tasas descendieron un 17% cuando se compara el año 2000 respecto a 1996 (hasta ese año las tasas iban en aumento).

Cánceres ginecológicos. Las muertes por cáncer de ovario representan aproximadamente el 1% de las defunciones entre las mujeres y el mismo porcentaje representan los tumores de útero. A lo largo de la década de los 90 se ha observado en Navarra un descenso de la mortalidad por cáncer de útero y un incremento del cáncer de ovario, y el mismo patrón se ha registrado en España donde disminuyó un 12% la mortalidad por cáncer de útero y se incremento un 10,6 la mortalidad por cáncer de ovario entre 1991 y 2000.

Navarra presenta menores tasas de mortalidad por cáncer de útero (4,6 por 100.000 en Navarra versus 6,3 en España), mientras que la magnitud de las tasas es muy similar para el cáncer de ovario: 6,2 muertes por 100.000, tanto en Navarra como España.

Cánceres digestivos. Siguiendo una tendencia que se había iniciado en las décadas anteriores, la mortalidad por cáncer de estómago muestra un descenso importante en la década de los 90. En cifras absolutas se ha pasado de una media anual de 70 y 40 fallecimientos en hombres y mujeres en el periodo 1991-1996 a cifras de 58 y 36 en el quinquenio siguiente. Las tasas ajustadas han descendido un 29,7% en los hombres y un

22,5% en las mujeres y las tasas ajustadas de APVP todavía más, un 43,5 y un 53%, respectivamente. Las tasas de mortalidad por cáncer de estómago de Navarra y España a finales de la década de los 90 son muy similares, en torno a 16 por 100.000 en los hombres y 7 por 100.000 en las mujeres.

La tasa de mortalidad por **cáncer colorrectal** es la tercera más alta tras el cáncer de pulmón y próstata en los hombres y la segunda más frecuente tras el cáncer de mama en las mujeres. Las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal de los hombres son más altas que las de las mujeres, 24,7 y 14,6 por 100.000 en el periodo 1997-2001, pero muestran una tendencia de signo diferente, en los hombres han disminuido un 5% mientras que en las mujeres han aumentado un 5,8% respecto al periodo previo 1991-1996. Cuando se observan los datos de los Estados Unidos ó los datos globales de la Unión Europea, las estadísticas de mortalidad, muestran que el cáncer colorrectal está descendiendo. En la Unión Europea entre 1988 y 1996, la mortalidad disminuyó un 12,4%; en los Estados Unidos los datos de mortalidad muestran descensos que se iniciaron en la década de los 70.

Cáncer de próstata. La mortalidad por cáncer de próstata, que había presentado una tendencia creciente en la década de los 80 presenta una estabilización en los 90. La tasa de mortalidad del periodo 1997-2001 fue un 6,6% más baja que la descrita en el periodo 1991-1996 (25,0 y 26,8 por 100.000, respectivamente). También los datos de España muestran un ligero descenso de las tasas de mortalidad en los últimos años, pasando de 23,7 en el año 1999 a 22,4 muertes por 100.000 en el año 2000.

En la Unión Europea, las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata más altas se observaron en Suecia y las más bajas en Grecia. Las estadísticas de mortalidad de la Unión Europea muestran una estabilización de las tasas en el periodo 1988–1996, mientras que entre la población blanca de los Estados Unidos la mortalidad por cáncer de próstata esta disminuyendo desde principios de la década de los 90.

Leucemia. Las tasas de mortalidad por leucemia registradas en Navarra son muy similares a las encontradas en España. En la década de los 90 se observa un descenso de las tasas en ambos sexos.

Supervivencia a los 5 años

De los pacientes diagnosticados de cáncer en el periodo 1990–94 en Navarra la tasa de **supervivencia observada** a los 5 años fue del 36,2% en los hombres y del 54,2% en las mujeres. En el mismo periodo la tasa de **supervivencia relativa** fue de 43,9 y 61,2%, respectivamente (Tabla 33). Hay dos razones que explican estas diferencias entre sexos. En primer lugar, las mujeres presentan tasas de supervivencia más altas para la mayoría de los tipos de cáncer. En segundo lugar, los cánceres más comunes de las mujeres (mama, útero) tienen de moderado a buen pronóstico, mientras que los cánceres más frecuentes de los hombres (pulmón o estómago) tienen pobres supervivencias. Este patrón es el mismo que se ha descrito en todos los países europeos participantes en EUROCORE y el factor explicativo más importante, según los autores es, como en el caso de Navarra, el diferente peso de los diferentes cánceres: mama, colon y cérvix suman el 50% de los cánceres las mujeres mientras que pulmón, colorrectal y estómago suponen el 50% en los hombres.

La comparación de las tasas de supervivencia de 1990–94 con las del quinquenio anterior, 1985–89, muestran un incremento más acusado entre las mujeres (de 53,2% a 61,2%) que en los hombres (de 42,1% a 43,9%) que también se explicaría en buena medida por el mayor peso en las mujeres de tumores de buen pronóstico como el cáncer de mama en el quinquenio 1990–94 (pasando de suponer el 28,9 al 36,4%), coincidiendo con la implantación del screening de cáncer de mama. Entre los hombres en cambio aumentó el peso relativo del cáncer de pulmón en el quinquenio 1990–94 respecto al quinquenio anterior.

A continuación se realiza un breve comentario comparativo de los resultados de Navarra y otras Comunidades.

La supervivencia relativa de los varones diagnosticados de cáncer de próstata en el periodo 1990–94 fue de 87,3% en el primer año y 64,0% a los 5 años. Los pacientes

diagnosticados en el quinquenio 85-89 presentaron una supervivencia muy similar pero comparativamente más alta que la media estimada para España y los países participantes en EUROCORE II (Tabla 33) y los pacientes diagnosticados en el periodo 1990-94 presentaron una supervivencia relativa semejante a la estimada para España y Europa para el mismo quinquenio (EUROCORE III).

La supervivencia de los hombres diagnosticados de cáncer de pulmón en Navarra en el periodo 1990-94 fue de 35,6% al primer año y de 12,8% a los 5 años. Las mujeres presentaron una supervivencia muy similar (31,9% al primer año y 11% a los 5 años). La media de supervivencia a los 5 años, en el mismo periodo, fue de 8,9 y 9,9% en Europa. Los datos procedentes de otros registros españoles indican igualmente altas supervivencias en España: 12,3% en varones y 13,9% en mujeres, señalando los autores de EUROCORE que esta desviación es probablemente atribuible a un incompleto seguimiento de los pacientes.

La supervivencia relativa a los 5 años de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama entre 1990-94 fue del 81,5% en Navarra; las tasas de supervivencia relativa son muy similares entre los 15-74 años, mientras que bajan en el grupo de 75 años y más. Este patrón es muy similar al encontrado por EUROCORE entre las pacientes europeas diagnosticadas entre 1990-94 (supervivencia a los 5 años de 78% en el grupo de 15-44 años, 81% en el grupo de 45-54, 78% entre 55-64, 76% en las pacientes de 65-74 años y 68% en las mayores de 75 años).

La supervivencia relativa de los pacientes con cáncer de estómago diagnosticados en los periodos 1985-89 y 1990-94 en Navarra osciló en cifras en torno al 50% al primer año y en torno al 25% a los 5 años. En los datos de Navarra no se aprecia una supervivencia consistentemente más alta entre las mujeres, aunque en la mayoría de las poblaciones europeas las mujeres presentan una supervivencia algo más alta que los hombres. La supervivencia disminuye con la edad, patrón observado igualmente en EUROCORE.

La supervivencia relativa de los pacientes diagnosticados de cáncer de colon en Navarra entre 1990-94 fue del 72,4% al primer año y de 53% a los 5 años, muy similar a la observada entre los pacientes con cáncer de recto: 74,9 y 50,6%, respectivamente. La

supervivencia no difiere prácticamente entre los hombres y las mujeres con cáncer de colon en los dos periodos estudiados en Navarra, mientras que se observa una supervivencia algo más alta entre las mujeres con cáncer de recto.

La supervivencia de los pacientes de Navarra se encuentra por encima de la media de EUROCARE, excepto para los varones con cáncer de recto. EUROCARE diferencia 3 tipos de países para el cáncer colorrectal: los de alta supervivencia donde se incluyen los nórdicos (Finlandia, Noruega y Suecia), Holanda, Italia, Francia, Alemania y España; los países con bajas supervivencias donde se incluyen Eslovenia o Polonia y los de supervivencias medias donde se encuentran Dinamarca o Reino Unido. Los estudios de alta resolución sugieren que variaciones en el estadio al diagnóstico pueden estar detrás de las diferencias en la supervivencia, aunque en algunas regiones la calidad de la atención sanitaria puede jugar un rol importante

La hospitalización por Cáncer

Se ha estudiado la base de datos de las Altas de los Hospitales Públicos de Navarra (CMBD) del periodo 1996 a 2003 para caracterizar las hospitalizaciones de los pacientes ingresados por Cáncer.

En promedio, cada año se producen 7.000 hospitalizaciones por Cáncer que representan el 13,5% del total de hospitalizaciones. El 56% de los ingresos por cáncer se corresponden con el Diagnóstico o inicio del tratamiento, por lo que el Diagnóstico Principal (motivo del ingreso) de ese episodio de hospitalización se registra como cáncer; en un 46% es por una localización específica y en un 10% por tratamiento quimio o radioterápico (Tabla 34). El 44% de las hospitalizaciones se dan en etapas más avanzadas del proceso canceroso, para nuevos tratamientos o por otros motivos o para cuidados paliativos o en el final de la vida.

A lo largo de estos años las hospitalizaciones por esta causa han ido incrementándose constantemente. En conjunto el incremento es del 4,4% anual, pero tanto las hospitalizaciones con Diagnóstico Principal de Cáncer como las causadas en etapas más avanzadas superan el 5% anual (Tabla 35).

Para las causas más frecuentes de hospitalización la estancia media es de 10- 11 días. Los ingresos para Quimioterapia generan en promedio 4 días de estancia.

La mortalidad en la hospitalización de los enfermos con cáncer es en conjunto del 8,9%. Pero los pacientes cuyo diagnóstico principal es quimioterapia presentan una mortalidad de 21,2% lo que puede ser atribuido al uso de la quimioterapia con fines paliativos en grupos de pacientes con enfermedad muy avanzada.

La hospitalización y la evolución del Cáncer en Navarra.

Según se ha visto en los apartados anteriores, la evolución de la incidencia del cáncer en Navarra, comparando la información del último periodo disponible (1998-2000) con el periodo anterior (1993-1997), señala un incremento de la incidencia del 4,2% en hombres y del 7,5% en mujeres. Pero la presencia real de personas con diagnóstico de cáncer en nuestra Comunidad es mayor, por dos razones:

- El envejecimiento de la población hace que cada año más población esté expuesta a desarrollar un cáncer. De hecho, en cada año de los dos periodos que se han comparado, el incremento del número de casos ha sido del 13,0% en hombre y del 12,6% en mujeres. O dicho de otra manera, cada año de los 3 últimos (1998- 2000) se diagnosticaron 171 casos más en hombres y 113 casos más en mujeres que en cada año del quinquenio anterior (1993-1997).
- La constante mejora de la supervivencia de las personas diagnosticadas de cáncer, es consecuencia por una parte de mejoras en el diagnóstico, haciéndolo más temprano, y por otra de la aplicación de tecnologías y procedimientos que de forma efectiva modifican el curso ‘natural’ de la enfermedad, modificando la mortalidad, aumentando por tanto la prevalencia de personas diagnosticadas.

Tal como se ha referido en el apartado de hospitalización, el incremento de los ingresos por cáncer ha sido constante a lo largo de los años analizados. Además de las consideraciones anteriormente expuestas (Δ de casos incidentes e Δ de la supervivencia) existentes otros factores que inciden en la utilización de las camas hospitalarias. Unos factores se relacionan con la demanda, con las expectativas de atención de los

ciudadanos que muestran un comportamiento más activo y exigente respecto a su situación y otros tienen que ver con la oferta. Entre estos últimos son de destacar:

- El desarrollo organizativo y de estructuras asistenciales habido en Navarra en el último quinquenio (desarrollo de la Oncología Médica en el Hospital de Navarra, implantación de la Oncología en el Hospital de Tudela, puesta en marcha de Comisiones Asistenciales por Tumores, entre otras).
- La gestión de las alternativas asistenciales disponibles, esto es, las decisiones de uso del recurso cama (hospitalizar o no), las alternativas de derivación entre primaria y especializada, o entre estos y el Hospital San Juan de Dios, la existencia de recursos suficientes para atender en Hospital de Día o para acercar los cuidados paliativos allí donde pueden ser necesarios.

LOS ACCIDENTES

LOS ACCIDENTES DE TRABAJO.

En la última década los accidentes de trabajo en Navarra han ido aumentando, en valores absolutos, de año en año hasta 2001, disminuyendo estas cifras en 2002 y 2003 (Figura 6). El número total de accidentes laborales ha pasado de 17.555 en 1993 a 29.210 en 2003, con un aumento del 66,4%. Los mayores incrementos se han producido en los ocurridos “in itinere” (aumento del 120,7% en el decenio), los que no causaron baja aumentaron un 102,3% y los accidentes de trabajo con baja durante la jornada laboral se incrementaron el 36,3 %.

Considerando la gravedad de estos accidentes ocurridos en Navarra en este periodo se observa que los leves suponen alrededor del 99%, los graves suelen estar por debajo del 1% y los mortales oscilan sobre el 0,1% (Tabla 36). De todos modos conviene matizar que se observa una infradeclaración respecto al grado de las lesiones, pues un número significativo de los declarados inicialmente leves tienen largos periodos de incapacidad temporal o terminan en una declaración de invalidez permanente.

La incidencia anual de accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo también se fue elevando progresivamente hasta el año 2000, disminuyendo en 2001, 2002 y 2003. En 2003 se alcanzó un índice de incidencia inferior al de 1993 (Figura 7). Navarra ha estado históricamente en el grupo de Comunidades Autónomas que superaban sistemáticamente la media nacional del índice de incidencia, salvo los dos últimos años en que se ha situado por debajo de la media nacional. En 2003 se vio afectado el 6,6 % de la población asalariada española y el 6,4% de la Navarra.

En el periodo estudiado se han producido oscilaciones en los índices de incidencia por accidentes graves y mortales, sin descensos sostenidos, dando una imagen de diente de sierra irregular (Figura 8).

Navarra ha estado generalmente por debajo de la media española en la duración media de las bajas por siniestros laborales. En la Comunidad Foral se observan accidentes con menor periodo de incapacidad temporal que en el resto de España, habiéndose dado un descenso paulatino en este indicador (Figura 9).

EUROSTAT está realizando esfuerzos para conseguir estadísticas armonizadas en esta materia entre los estados miembros de la UE. Esta tarea es muy difícil dada las diferentes definiciones legales de siniestro laboral y los dispares métodos de registro. Un factor importante que dificulta la realización de comparaciones con las estadísticas europeas se deriva de la definición de accidente de trabajo dada por la legislación española, que es muy amplia. Por otro lado se debe citar que España tiene uno de los sistemas de declaración más exhaustivos. Como ejemplo se puede citar que, casi todos los años, más de los dos tercios de los accidentes de trabajo mortales declarados en Navarra se deben a accidentes de tráfico y a patologías no traumáticas. Estas cifras son similares a las que se dan en el conjunto de España, con pequeñas variaciones anuales.

En Navarra la construcción es, con gran diferencia, el sector con mayor índice de incidencia en accidentes de trabajo, llegando a doblar al de la industria (Tabla 37). Los sectores agrario, industrial y de servicios suelen estar alrededor de la media española e incluso por debajo de ella. Sin embargo el índice de la construcción en la Comunidad Foral ha sido más alto, salvo en los dos últimos años. Esto ha debido influir

significativamente en el hecho de que el índice general navarro en 2002 y 2003 también haya estado por debajo de la media española.

Considerando la Razón Estandarizada de Incidencia se observa que en 1993 estaban por encima de la media española todos los sectores, ligeramente en Industria y Servicios y de forma extrema en Agricultura y Construcción. Desde 1994 el número de accidentes notificados en Navarra, en los sectores industriales y de servicios, ha sido menor al esperado de acuerdo con el índice de incidencia nacional del sector correspondiente. En la Agricultura empezaron a ser menores que los esperados desde 1996, con un ligero repunte en 2003. La Construcción fue disminuyendo la diferencia respecto a la media española, consiguiendo valores similares a ella los dos últimos años. (Figura 10).

No obstante deben señalarse en cada sector unas actividades económicas que se desvían de forma significativa de la media general. Se indican a continuación, dentro de cada sector en Navarra, las que suelen superar, de forma importante y repetida en los últimos años, un índice de incidencia de 100 por 1.000 trabajadores:

- Agricultura: La actividad económica de “Silvicultura y explotación forestal” (suele tener el mayor índice de incidencia de la Comunidad Foral).
- Industria: Las actividades económicas de “Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria”, “Industria de la madera y corcho”, “Fabricación de otros productos minerales no metálicos”, “Extracción de minerales no metálicos ni energéticos” y “Fabricación de productos del caucho y materias plásticas”.
- Construcción.
- Servicios: Las “Actividades de saneamiento público”.

Cerca del 18 % de los accidentes laborales de Navarra afectan a mujeres. Sin embargo en los servicios superan la tercera parte del total. Esto concuerda con la desigual distribución de la población laboral femenina en las distintas actividades económicas.

Parece existir una relación causal entre siniestralidad laboral y temporalidad en el empleo, especialmente en la construcción.

Más de la mitad de los accidentes ocurren en empresas con menos de 50 trabajadores, mientras que en las de plantillas superiores a 500 trabajadores apenas rozan el 7%. Superan el índice de incidencia medio las empresas con plantillas entre 6 y 100 trabajadores. Las grandes empresas tienen índices mucho más bajos.

Considerando el lugar del accidente se observa que el 90% suelen ocurrir en el centro de trabajo habitual, el 7% en otro centro o lugar de trabajo y el 3% en desplazamiento dentro de la jornada de trabajo. Sin embargo cerca del 30% de los accidentes graves y mortales ocurren fuera del centro habitual de trabajo.

En los leves las lesiones más frecuentes son torceduras, contusiones y esguinces y en los graves predominan las fracturas. En los mortales la casuística es más dispar. Sobre el total de accidentes, las manos son la parte del cuerpo más lesionada.

Además se debe tener en cuenta que alrededor del 3% de las empresas navarras concentran cerca del 50% de los accidentes de trabajo.

Considerando la población inmigrante se observa que en 2003 los accidentes notificados en extranjeros llegaron a ser el 7,5% del total de la accidentalidad laboral declarada. Destacan los ecuatorianos que suponen más de la cuarta parte de los accidentados extranjeros, seguidos de cerca por los marroquíes. Entre los accidentados de la Unión Europea ocupan el primer lugar los portugueses (Figura 11). Estos datos concuerdan con las nacionalidades que tienen mayor población trabajadora en Navarra.

Los datos de accidentes de trabajo de 2003, tal como indica el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, deben tomarse con cautela debido, en parte, a que ha sido el primer año de notificación electrónica (Delt@) lo que ha podido ocasionar algún desfase.

LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

En el último quinquenio se ha producido en Navarra un descenso significativo en las cifras de accidentes de tráfico con víctimas, así como en el propio número de víctimas. Este descenso ha sido mucho más acusado que en el conjunto de España, tanto para las víctimas totales como para los fallecidos. Similar situación se da si consideramos el tipo de vía donde ocurrió el siniestro (carretera o vía urbana).

Según datos de la Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior, durante el año 2003, se produjeron en Navarra 583 accidentes de tráfico con víctimas (heridos y muertos), lo que supone un descenso del 21,6% respecto a 1998. Sin embargo en España aumentaron estos siniestros, pasando de 97.500 accidentes de tráfico con víctimas en 1998 a 99.987 en 2003, con un aumento cercano al 2,5%. Sin embargo, el número de accidentes con muertos descendió en ambos territorios, desde 87 en 1998 a 73 en 2003 en la Comunidad Foral. Esto ha supuesto una disminución del 16,1% en Navarra, mientras que en el conjunto de España ha sido del 5,4% (Tabla 38).

Considerando el número de muertos y heridos en estos accidentes, el descenso es aún más relevante al haber tenido en 1998, en Navarra, 1.042 víctimas mientras que en 2003 fueron 737, con una disminución del 29,3%. Por contra en España aumentó un 5,4% el número de víctimas en el periodo. Teniendo en cuenta solo los fallecidos, se observa que el número de muertes también disminuyó en Navarra, desde los 115 muertos en 1988 a los 83 de 2003 (descenso del 27,8%). En el conjunto del estado también disminuyeron las defunciones por accidentes de tráfico (descenso del 9,4%). (Tabla 39).

En Navarra, en el periodo 1998-2003, el citado descenso en el número de accidentes de tráfico con víctimas se ha producido tanto en los ocurridos en carretera como en los ocasionados en vías urbanas (Tabla 38), aunque el descenso ha sido mucho mayor en estos últimos con una disminución del 46,9%, mientras que en carreteras fue del 16,6%. Sin embargo en España hubo un leve descenso del 1,4% en los urbanos, mientras que aumentaron un 7,2% los de las carreteras. Si se consideran solo los accidentes de tráfico con víctimas mortales en la Comunidad Foral disminuyeron un 9,7% en carretera, mientras que en zonas urbanas el descenso fue del 46,7%. En el conjunto del Estado disminuyeron los accidentes con defunciones en ambos tipos de vías, aunque en proporción menor (4,3% en carreteras y 11% en zonas urbanas).

Situación parecida se observa con el número de víctimas en el citado periodo, habiendo descendido un 27,7% en carretera y un 41,3% en las zonas urbanas de Navarra (Tabla 39). En España hubo un descenso del 8,1% en carreteras, pero por el contrario en zonas urbanas aumentaron un 3,5%. Teniendo en cuenta únicamente los fallecidos, en Navarra disminuyó la cifra de muertos en un 24,2% en carretera y en un porcentaje aún mayor (50%) en vías urbanas. En el conjunto del estado también disminuyeron los fallecidos, aunque en menor porcentaje (6,9% y 19,8% respectivamente).

En Navarra se observa que, en general, las cifras aumentaron en los primeros años del periodo 1998-2003 y descendieron posteriormente de forma importante. Esto sucede tanto con los accidentes con víctimas como con el número de víctimas (Figura 12).

Se observa una gran diferencia entre Navarra y España en la distribución de los accidentes de tráfico en carretera o en zona urbana. En 2003 los accidentes de tráfico con víctimas en la Comunidad Foral se produjeron mayoritariamente en carretera (88,8%), mientras que en el conjunto del estado predominaron en zonas urbanas (52,4%). Sin embargo si se consideran, en ambos territorios, los accidentes de tráfico con víctimas mortales, así como las víctimas en general o los fallecidos se comprueba que la mayoría suceden en carretera, aunque en Navarra el porcentaje de los ocurridos en vías urbanas es inferior en todos los casos al de España (Figura 13).

Según el tipo de vía, los dos tercios de los accidentes ocurren en Navarra en vías convencionales, seguidos a gran distancia por otros tipos de vía (12%), por autopistas (9%) y por autovías (8%). Sin embargo en España la mitad de los accidentes suceden en los denominados otros tipos de vías (mayoritariamente zonas urbanas), seguidos por las vías convencionales con cerca de un tercio y autovías (9%) (Tabla 40).

Bibliografía

- The WHO World Mental Health Consortium, World Health Organization. Prevalence, severity and unmet need for the treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291:2581-2590.
- Memorias de la Subdirección de Salud mental. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. <http://www.cfnavarra.es/SALUD/PUBLICACIONES/>
- European Commission. The Health of the status of the European Union. Narrowing the health gap, 2 003

- Hagell P, Nordling S., Reimer J. et al., "Resource use and costs in a Swedish cohort of patients with Parkinson's disease" *Mov-Disord.* 2002 Nov; 17(6):1213-20
- Hofman A, Rocca WA, Brayne C., et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. EURODEM Prevalence Research Group *International Journal of Epidemiology*, vol.20,nº3, 736-748, 1991.
- Launer L.J., Andersen K, Dewey ME et al. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses. *Neurology* 1999, Jan 1; 52(1): 78-84.
- Manubens JM, Martínez Lage JM., Muruzabal J. et al. Patología del envejecimiento. Datos del estudio Pamplona 1989-1993, *Anales del sistema sanitario de Navarra*, vol.22 suplemento 1, 1999.
- OSTEBA Servicio de Evaluación de tecnologías sanitarias. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. "Análisis de la eficacia de los tratamientos y coste de la enfermedad de Alzheimer en la CAPV". Informe junio 1998
- Rijk MC., Tzourio C., Breteler M. et al. Prevalence of Parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1997 Jan; 62(1):10-15.
- Sáenz de Pipaón I., Larumbe R. Propuesta sobre enfermedades neurodegenerativas Plan de Salud de Navarra 2001-2005. Departamento de Salud-Gobierno de Navarra, 2001.
- Twelves D., Perkins KS, Counsell C.. Systematic review of incidence studies of Parkinson's disease. *Movement Disorders* 2003 Vol.18(1):19-31.
- Viñes J.J., Larumbe R., Artazcoz, M.T. et al. Estudio epidemiológico de la enfermedad de Parkinson en Navarra. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 1999, 22(supl.3): 55-66
- Encuesta de Morbilidad hospitalaria. INE.
<http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp414&O=inebase&N=&L=>
- López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez Gómez B, Hernández Barrera V, Lope V et al. Situación del Cáncer en España: Incidencia. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27: 165-173.
- E. Ardanaz, y otros Incidencia de cáncer en Navarra (1998-2000). *Revista ANALES*; Vol.27, Nº 3 Sep-Dic. 2004. <http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/>
- The EURO CARE Working Group. EURO CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94 - results and commentary. *Ann Oncol* 14: v61-v118. <http://www.eurocare.it/#Pub>
- Dirección General de Tráfico. Estadísticas. <http://www.dgt.es/estadisticas>. Madrid. 2004.
- Instituto Navarro de Salud Laboral. Estadísticas. <http://www.cfnavarra.es/insl>. Pamplona. 2004.
- Layana E, Artieda L, Lezaun M y Beloqui A. Lesiones Profesionales en Navarra 2001. Pamplona. Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Salud Laboral. 2004.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Información estadística. <http://www.mtas.es>. Madrid. 2004.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999
- Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL) www.cfnavarra.es/insl/
- Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL) Campaña de prevención de trastornos musculoesqueléticos del INSL, 2004; Estadísticas trastornos musculoesqueléticos (TME), Navarra, 2003.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Atlas of Health in Europe 2003, 2004
- Artieda L., Layana E., Lezaun M. y Cipriain C. Diagnóstico de Salud Laboral en Navarra 1997-1999. Pamplona. Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Salud Laboral. 2001.
- Instituto Navarro de Salud Laboral. Estadísticas. <http://www.cfnavarra.es/insl>. Pamplona. 2004.
- Layana E, Artieda L, Lezaun M y Beloqui A. Lesiones Profesionales en Navarra 2001. Pamplona. Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Salud Laboral. 2004.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Información estadística. <http://www.mtas.es>. Madrid. 2004.

TABLAS
MORBILIDAD REFERIDA A LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS EN
EL PLAN DE SALUD 2001 - 2005

Tabla 1. Diagnósticos registrados en los pacientes atendidos en los centros de salud mental. Años 1993 y 2003.

	PACIENTES NUEVOS					TOTAL PACIENTES				
	AÑO 2.003		AÑO 1993		03/93	AÑO 2003		AÑO 1993		03/93
	N	%	N	%		N	%	N	%	
PSICOSIS	789	17,6	670	14,7	1,17	4.582	27,3	2.726	21,2	1,68
P. Orgánica	70	1,6	184	4,0	0,38	248	1,5	421	3,3	0,58
Esquizofrenia y T. Paranoide	128	2,9	101	2,2	1,26	1.442	8,6	823	6,4	1,75
P. Afectivas	584	13,0	339	7,4	1,72	2.760	16,4	1.253	9,7	2,20
Otras Psicosis	7	0,2	46	1,0	0,15	132	0,8	229	1,8	0,57
NEUROSIS	1.482	33,0	1.534	33,6	0,96	5.240	31,2	4.651	36,1	1,12
Trastorno Distímico	88	2,0	255	5,6	0,34	754	4,5	1.241	9,6	0,60
T. Por Ansiedad	603	13,4	426	9,3	1,41	1.987	11,8	1.400	10,9	1,41
T. Somatoforme	40	0,9	126	2,8	0,31	275	1,6	430	3,3	0,64
T. Adaptativo	655	14,6	707	15,5	0,92	2.007	12,0	1.536	11,9	1,30
Otros	96	2,1	20	0,4	4,80	217	1,3	44	0,3	
DROGODEPENDENCIAS	278	6,2	367	8,0	0,75	1.670	9,9	1.360	10,6	1,22
Alcohol	149	3,3	192	4,2	0,77	721	4,3	693	5,4	1,04
Opiáceos	48	1,1	122	2,7	0,39	649	3,9	534	4,1	1,21
Otras	81	1,8	53	1,2	1,52	300	1,8	133	1,0	2,25
RETRASO MENTAL	31	0,7	29	0,6	1,06	192	1,1	153	1,2	1,25
V. FACTORES	424	9,4	590	12,9	0,71	1.178	7,0	1.174	9,1	1,00
OTROS	705	15,7	489	10,7	1,44	2.392	14,2	1.198	9,3	1,99
DIAG. APLAZADO	781	17,4	886	19,4	0,88	1.537	9,2	1.606	12,5	0,95
TOTAL	4.490	100	4.565	100	0,98	16.791	100	12.868	100	1,30

Fuente: Subdirección de Salud Mental. SNS-O

Tabla 2. DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN PROGRAMAS. 2003

PROGRAMAS	PACIENTES				CONSULTAS		Consultas por paciente
	TOTALES		NUEVOS		TOTALES		
	N	%	N	%	N	%	
T. Mentales Graves (TG)	5.797	34,5	1.002	22,3	38.505	43,6	6,6
Trastornos M. Menos Graves (RE)	6.560	39,1	1.799	40,1	28.065	31,8	4,3
P. Infanto-Juvenil (IJ)	1.595	9,5	826	18,4	6.925	7,8	4,3
P. Drogodependencias (DR)	1.584	9,4	286	6,4	10.039	11,4	6,3
Aplazados (AP)/Error	1.255	7,5	577	12,9	4.707	5,3	3,8
TOTAL	16.791	100	4.490	100	88.241	100	5,3

TG =Programa de Atención Preferente; IJ incluye sus aplazados.

Fuente: Subdirección de Salud Mental. SNS-O

Tabla 3. Hospitalizaciones por trastorno mental. Navarra 1999-2003

Año de Alta	Hospitalizaciones	Estancia Media	Edad Media
1999	914	20,8	44,0
2000	1.016	19,4	45,4
2001	1.116	17,6	44,5
2002	1.113	17,6	45,2
2003	1.073	17,8	44,9
Total	5.232	18,5	44,8

Fuente: CMBD de los Hospitales públicos. SNS-O

Tabla 4. Trastornos psiquiátricos más frecuentes en hospitalización en el periodo 1999-2003. Diagnósticos cie-9-mc, con más de 100 casos.

CIE9MC	Descripción	Hospitalizaciones	%	Estancia Media	Edad
295	Trastornos esquizofrénicos	1.271	24,3	24,4	38,9
296	Psicosis afectivas	1.018	19,5	26,6	49,4
303	Sind. Dependencia del alcohol	451	8,6	9,9	45,3
300	Trastornos neuróticos	337	6,4	14,1	47,1
301	Trastornos de personalidad	303	5,8	14,1	36,3
298	Otras psicosis no orgánicas	267	5,1	13,7	42,0
307	Síntomas o sind. Especiales no clasif	213	4,1	25,5	33,4
293	Psicosis orgánicas transitorias	160	3,1	12,4	72,4
304	Dependencia de drogas	154	2,9	6,6	33,3
305	Abuso de drogas sin dependencia	145	2,8	7,3	36,7
309	Reacción de adaptación	133	2,5	10,4	43,0
292	Psicosis por drogas	122	2,3	9,5	35,7
294	Otros estados psicóticos orgánicos (cro.)	107	2,0	13,9	71,2
291	Psicosis alcohólica	102	1,9	11,8	48,4
	Resto de diagnósticos	449	8,6		
	Total	5.232	100,0	18,5	44,8

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O

Tabla 5. Frecuencia de hospitalizaciones (CIE 290-319). Años 1999-2003

Nº de veces	Pacientes		Hospitalizaciones	
	Número	%	Número	%
1	2519	74,0	2519	48,1
2	493	14,5	986	18,8
3	185	5,4	555	10,6
4	86	2,5	344	6,6
5	46	1,4	230	4,4
6	23	0,7	138	2,6
7	19	0,6	133	2,5
8	7	0,2	56	1,1
9	10	0,3	90	1,7
10 o +	14	0,4	181	3,5
Total	3402	100,0	5232	100,0

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O

Tabla 6. Frecuentación hospitalaria según diagnósticos de salud mental. Navarra 1999-2003

CIE	Diagnóstico	Nº de altas Totales	Nº de Pacientes	Ingreso único	% de altas con 1 ingreso	% de pacientes con 1 ingreso	nº de ingresos en personas con 2 o más ingresos
295	Trastornos esquizofrénicos	1271	713	465	36,6	65,2	3,25
296	Psicosis afectivas	1018	681	498	48,9	73,1	2,84
303	Sind. dependencia del alcohol	451	323	234	51,9	72,4	2,4
300	Trastornos neuróticos	337	270	230	68,2	85,2	2,7
301	Trastornos de personalidad	303	208	162	53,5	77,9	3,1
298	Otras psicosis no orgánicas	267	237	212	79,4	89,5	2,2
307	Síntomas o sind. no clasificables	213	164	136	63,8	82,9	2,75
304	Dependencia de drogas	154	122	99	64,3	81,1	2,4

Nota: Altas por otros diagnósticos = 1.218. Total Altas 5.232

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O

Tabla 7. Diagnósticos más frecuentes en pacientes que ingresan 5 o más veces.

CIE-9-MC		Hospitalizaciones	%
295	Trastornos esquizofrénicos	345	41,8
296	Psicosis afectivas	141	17,1
301	Trastornos de personalidad	85	10,3
300	Trastornos neuróticos	51	6,2
303	Síndrome de dependencia del alcohol	47	5,7
305	Abuso de drogas sin dependencia	34	4,1
	Resto	122	14,8
	Total*	825	100,0

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O

* Hospitalizaciones de pacientes con 5 o más ingresos

Tabla 8. GRDs con 100 o más hospitalizaciones por trastorno mental
Comparación de la estancia media con la norma 2002 del Ministerio de Sanidad.

GRD	Descripción	Hospitali.	Estancia Media	
			Navarra	Estándar
430	Psicosis	2.371	18,7	15,0
751	Abuso o depen de alcohol, sin cc	475	9,1	8,1
429	Alteraciones orgánicas & retraso mental	344	10,9	10,1
428	Trastornos de personalidad & control de impulsos	277	9,0	8,0
425	Reacción de adaptación aguda & disfunción psicosocial	255	7,3	6,7
426	Neurosis depresivas	191	9,9	8,9
427	Neurosis excepto depresiva	162	9,7	7,9
745	Abuso o depen. de opiáceos sin cc	132	5,7	8,8
748	Abuso o depen. de cocaína u otras sin cc	110	8,9	8,4
750	Abuso o dependencia de alcohol, con cc	104	9,5	9,6
	Resto de GRDs	367		
	Total	4.788	14,2	8,6

Fuente: CMBD de los hospitales públicos. SNS-O y Norma 2002 del MSC.

Nota: Se comparan registros Inlier (sin extremos).

Tabla 9. Estimación de la prevalencia en la población Navarra de demencias por grupos de edad- año 2003-

Grupos de edad	Población 2003	Estudio Manubens ¹		Estudio Europeo Eurodem	
		Tasa prevalencia demencia (%)	Personas con demencia 2003	Tasa prevalencia demencia (%)	Personas con demencia 2003
60 a 64	25.485	---	---	1,0	255
65 a 69	26.953	---	---	1,4	377
70 a 74	26.269	6,3	1.655	4,1	1.077
75 a 79	21.983	11,8	2.594	5,7	1.253
80 a 84	15.352	17,3	2.656	13,0	1.996
85 a 89	8.501	25,6	2.176	21,6	1.836
90 y mas	4.142	34,7	1.437	32,2	1.334
TOTAL	128.685	8,2	10.518	6,3	8.128
Pob>70 años	76.247	13,8	10.518	9,8	7.496

Fuente: Estimación propia a partir del estudio Manubens, (Pamplona,1993), Eurodem 1991 (Hofman et al. 1991), y la revisión del padrón municipal del 2003 -INE-

¹ Incluye Alzheimer y otro tipo de demencias, excepto las causadas por accidente cerebrovascular.

Tabla 10. Estimación de la prevalencia en la población Navarra de la enfermedad de alzheimer (ea) en 2003 por grupos de edad

Grupos de edad	Población 1.1.2003	Prevalencia EA (casos por 100)	Personas con EA
70 a 74 ¹	26.269	0.6	158
75 a 79	21.983	8.2	1.803
80 a 84	15.352	10.6	1.627
85 a 89	8.501	17.8	1.513
90 y mas	4.142	25.0	1.035
TOTAL	76.247	8.05	6.136

Fuente: Estimación propia a partir del estudio Manubens, 1993 y la revisión del padrón municipal del 2003 -INE-

¹ Para el grupo de 70 a 74 se aplica la tasa de prevalencia del grupo de 72 a 74 años

Tabla 11. Estimación de la incidencia de demencias en Navarra en el año 2003 por grupos de edad

Grupos de edad	Tasa media incidencia (por 1.000)	Población por grupos de edad	Casos nuevos Demencia año
65-69	2,05	26.953	55
70-74	4,88	26.269	128
75-79	16,23	21.983	357
80-84	29,75	15.352	457
Más de 85	66,09	12.643	836
TOTAL	17,76	103.200	1.833

Fuente: elaboración propia a partir de las tasas de incidencia de EURODEM (Launer 1999) y la revisión del padrón municipal del 2003, INE

Tabla 12. Estimación de la incidencia de enfermedad de alzheimer en Navarra en el año 2003 por grupos de edad

Grupos de edad	Tasa media incidencia (por 1.000)	Población por grupos de edad	Casos nuevos demencia año
65-69	1,10	26.953	30
70-74	2,71	26.269	71
75-79	9,75	21.983	214
80-84	21,61	15.352	332
Más de 85	47,06	12.643	595
TOTAL	12,03	103.200	1.242

Fuente: elaboración propia a partir de las tasas de incidencia de EURODEM (Launer 1999) y la revisión del padrón municipal del 2003, INE

Tabla 13. Estimación de la prevalencia e incidencia de la enfermedad de parkinson en Navarra en el año 2003

PREVALENCIA		
Grupos de edad	Tasa prevalencia por 100.000	Personas con EP 2003
Mayores de 65 años	1.001,1	1.033
Menores de 65 años	8,0	37
TOTAL	-----	1.070
INCIDENCIA		
	Tasa incidencia por 100.000	Casos nuevos de EP 2003
EP Idiopática		
Hombres	10,20	29
Mujeres	6,26	18
EP Secundaria		
Hombres	por grupos de edad	11
Mujeres	por grupos de edad	17
TOTAL EP	-----	75

Fuente: Elaboración propia a partir de las tasas de incidencia y prevalencia de Viñes et al.(1999) y la revisión del padrón municipal del 2003 del INE

Tabla 14. Prevalencia de hipertensión en Navarra (1993) y España (1989) en población de 35-64 años.

	Hombres	Mujeres	Total
Hipertensión arterial			
Navarra	23,7	20,9	22,3
España	31,4	29,2	30,0
Tensión arterial límite			
Navarra	18,7	14,5	16,6
España	14,8	14,6	14,7

HTA: PA \geq 160 y/o 95 mm de Hg y/o tratamiento farmacológico o dietético antihipertensivo.

TA límite: PA \geq 140 y/o 90 mm de Hg

Fuente: Datos de Navarra M.J. Guembe 1993. Datos de España J.R. Benegas 1994.

Tabla 15. Prevalencia en porcentaje de hipertensión arterial por edad y sexo. Navarra 1993

	Hipertensión arterial		Tensión arterial límite	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
16-24	1,6	0,0	7,4	0,0
25-34	7,6	2,4	8,8	0,6
35-44	16,8	3,9	13,2	1,7
45-64	26,5	19,8	20,0	17,4
55-64	29,0	40,4	23,9	26,0
18-64	15,5	12,6	14,2	8,3

Fuente: M.J.Guembe 1993

Tabla 16. Evaluación del grado de diagnóstico, seguimiento y control de las personas con hipertensión. Navarra 1982-1993. (porcentaje sobre el total de hipertensos)

	1982		1993	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Hipertensos que habían sido diagnosticados	36	57	52	76
Hipertensos tratados con cifras normales de TA (>140/<90)	7	13	22	34

Fuente: M.J.Guembe 1993

Tabla 17. Prevalencia de hipertensión en diferentes regiones de España, en población de 35-64 años.

	Metodología	Hombres	Mujeres
Castilla La Mancha ¹	Poblacional rural N=1.300	39,0	34,4
Murcia ²	Población general N=1.789	42,0	33,8
Valencia ³	Población laboral N=4.996 hombres	29	

HTA: PA \geq 140 y/o 90 mm de Hg y/o tratamiento farmacológico o dietético antihipertensivo.Fuente: ¹Segura A. Rius G. Factores de riesgo cardiovascular en una población rural de Castilla-La Mancha²Tormo MJ; Navarro C; Chirlaque MD et al. Factores de riesgo cardiovascular en la región de Murcia³Grima A; Alegría E; Jover P; Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población laboral mediterránea de 4.996 varones.

Tabla 18. Prevalencia de hipertensión, de tratamiento y de control de la misma en población de 35-64 años en 6 países europeos, Canadá y EEUU

	Metodología	Prevalencia %		Hipertensos tratados %	Hipertensos controlados %
		Hombres	Mujeres		
América del Norte		30.4	24.8	44.4	8
Estados Unidos	Encuesta Nacional 88-94 N=17530	29.8	25.8	52.5	
Canadá	Encuesta Nacional 86-92 N=23129	31.0	23.8	36.3	
Europa		49.7	38.6	26.8	23
España	Encuesta Nacional 1990 N=2021	49.0	44.6	26.8	
Italia	Encuesta Nacional 1998 N=8233	44.8	30.6	32.0	
Suecia	Encuesta Regional 1999 N=1823	44.8	32.0	26.2	
Inglaterra	Encuesta Nacional 1998 N=13586	46.9	36.5	24.8	
Finlandia	Encuesta Nacional 1997 N=7159	55.7	41.6	25.0	
Alemania	Encuesta Nacional 97-99 N=7124	60.2	50.3	26.0	

Fuente: Wolf-Maier K; Cooper R; Banegas JR et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European Countries, Canada and the United States

Tabla 19. Prevalencia por 100 y grado de tratamiento y de control de la hipercolesterolemia. Navarra y España.

	Navarra 93 Población 18-64 años	España 89 Población 35-64 años
Hipercolesterolemia ≥ 250 mg/dl	21	18
Hipercolesterolemia ≥ 200 mg/dl	60	58
LDL-Colesterol >160 mg/dl	22	-
HDL-colesterol < 35 mg/dl	4	-
Hipercolesterolémicos diagnosticados	500	-
Hipercolesterolémicos controlados	17	-

Fuente: Datos de Navarra M.J. Guembe 1993. Datos de España J.R. Benegas 1994.

Tabla 20. Prevalencia por 100 de dislipemias en diferentes estudios, en población de 35-64 años.

	Metodología	Colesterol >250 mg/dl		HDL <35 mg/dl	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Castilla La Mancha ¹ 94-96	Poblacional rural N=1.300	17,4	13,4	9,6	3,5
Valencia ² 96-97	Población laboral N=4.996 hombres	14,3			

Fuente ¹ Segura A. Rius G. Factores de riesgo cardiovascular en una población rural de Castilla-La Mancha

² Grima A; Alegría E; Jover P; Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población laboral mediterránea de 4.996 varones

Tabla 21. Tasa ajustada de altas por enfermedades del aparato circulatorio por 100.000 habitantes, según sexo y diagnóstico (ajustada a la población europea).

	Navarra 2001			España 2001		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enf. Reumáticas crónicas	9,7	19,5	14,9	14,6	22,8	19
Enf.hipertensiva	51	38,7	44,8	43,2	41,7	42,9
Enf.isquémica corazón	350	99,2	219,8	464,7	144,8	293,9
I.A.M.	143,3	35,8	87,4	162,5	45,8	100,2
Otras enf. isquémicas	206,7	63,4	132,4	302,2	99	193,7
Insuficiencia cardiaca	125,5	72,7	96,3	141	102,8	120,1
Otras enf.del corazón	255,9	158,8	205,5	225,8	139,2	179,2
Enf. cerebrovasculares	252,9	135,5	189	239,6	144	187,4
Arterioesclerosis	80,3	7,7	41,7	44,7	9	25,2
Otras enf.vasculares	243,3	219,7	229,8	229,8	207,5	216,7

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria

Tabla 22. Altas hospitalarias por enfermedades del aparato circulatorio. Navarra 2003

	Nº altas	%	Nº	Estancia
			Estancias	media
Enf. Reumáticas crónicas	145	2,3	1.338	9,23
Enf. hipertensiva	338	5,3	2.735	6,1
Enf. isquémica corazón	1.470	23	13.472	9,2
I.A.M.	638	10	6.905	10,8
Otras enf. isquémicas	832	13	6.837	8,2
Insuficiencia cardiaca	614	9,6	5.616	9,2
Otras enf. del corazón	1.206	18,9	8.565	7,1
Enf. cerebrovasculares	1.445	22,6	15.056	10,4
Arteriosclerosis	232	3,6	2.558	11
Otras enf. vasculares	943	14,8	6.208	6,6
TOTAL	6.393	100	55.818	8,7

Fuente: Registro de morbilidad asistida de Navarra

Tabla 23. Altas hospitalarias por enfermedades del aparato circulatorio, según diagnóstico y sexo. Navarra 2003

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Enf. Reumática crónica	68	1.8	77	3.1	145	2.3
Enf. hipertensiva	129	3.3	209	8.3	338	5.3
Enf. isquémica corazón	1106	28.5	364	14.5	1470	23.0
I.A.M.	477	12.3	161	6.4	638	10.0
Otras enf. isquémicas	629	16.2	203	8.1	832	13.0
Insuficiencia cardiaca	303	7.8	311	12.4	614	9.6
Otras enf. del corazón	671	17.3	535	21.3	1206	18.9
Enf. cerebrovasculares	781	20.1	664	26.4	1445	22.6
Arteriosclerosis	209	5.4	23	0.9	232	3.6
Otras enf. vasculares	611	15.8	332	13.2	943	14.8
TOTAL	3878	100	2515	100	6393	100

Fuente: Registro de morbilidad asistida de Navarra

Tabla 24. Media, moda y percentiles de la edad de los ingresos por enfermedades cardiovasculares según género. Navarra 2003.

	Edad									
	Media		Moda		Percentil 25		Percentil 50		Percentil 75	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Enf. Isquémicas	66	74	72	75	56	68	67	75	76	82
Enf. cerebrovasculares	71	76	78	77	64	71	73	78	79	84

Fuente: Registro de morbilidad asistida de Navarra

Tabla 25. enfermedades cardiovasculares. Tasa ajustada de altas por 100.000 habitantes en hombres, según año (1992-2001) y diagnóstico.

		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Enf.Reumáticas crónicas	España	9.2	10.6	10.3	11.3	12.6	10.9	12.4	12.1	14.5	14.5
	Navarra	22.9	18.1	23.6	15.2	15.2	17.3	13.2	11.2	12.7	9.7
Enf.hipertensiva	España	29.0	29.2	30.5	32.4	32.6	32.4	37.0	39.3	39.0	42.6
	Navarra	11.7	22.7	26.8	31.9	26.3	33.5	52.7	47.1	43.0	51.0
Enf.isquémica corazón	España	304.1	335.1	361.9	393.1	426.4	410.6	430.1	445.1	468.8	460.6
	Navarra	342.9	291.6	275.0	338.2	346.8	351.8	367.5	408.8	387.3	350.0
I.A.M.	España	110.6	115.4	124.3	135.0	141.6	135.1	138.4	145.7	149.6	160.5
	Navarra	121.4	110.2	108.2	141.6	140.7	132.7	127.8	150.9	146.0	143.3
Otras enf.isquémicas	España	193.5	219.7	237.6	258.1	284.8	275.5	291.7	299.4	319.2	300.1
	Navarra	221.5	181.4	166.8	196.6	206.1	219.1	239.7	257.9	241.3	206.7
Insuficiencia cardiaca	España	87.6	93.3	105.0	109.2	122.3	133.9	139.4	144.3	139.8	140.4
	Navarra	112.1	115.9	99.3	99.0	121.3	118.1	126.2	112.5	97.3	125.5
Otras enf.del corazón	España	154.5	167.1	175.1	192.0	194.4	198.1	201.9	212.2	221.1	224.2
	Navarra	187.0	126.6	178.0	177.5	208.5	241.9	205.3	224.6	250.8	255.9
Enf. cerebrovasculares	España	146.4	161.2	178.1	194.5	193.4	215.4	222.5	236.8	228.9	237.5
	Navarra	233.8	189.0	197.1	216.4	226.5	236.1	230.4	261.4	210.0	253.0
Arterioesclerosis	España	13.7	19.0	20.3	17.7	20.3	30.3	38.9	40.1	41.8	44.6
	Navarra	33.8	13.8	26.4	45.7	14.8	73.5	77.2	63.1	63.4	80.3
Otras enf.vasculares	España	199.6	216.8	231.9	249.9	262.0	267.0	248.3	251.2	239.7	228.6
	Navarra	144.2	148.1	153.3	240.3	235.5	276.5	254.6	243.4	291.8	243.3

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria

Tabla 26. Enfermedades cardiovasculares. Tasa ajustada de altas por 100.000 habitantes en mujeres, según año (1992-2001) y diagnóstico.

		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Enf.Reumáticas crónicas	España	18.8	19.7	19.7	20.7	18.1	19.0	20.3	19.5	23.2	22.8
	Navarra	46.8	38.1	33.9	19.8	30.1	37.5	33.9	30.2	20.7	19.5
Enf.hipertensiva	España	32.2	34.3	35.7	30.6	35.5	34.6	36.0	38.7	39.4	41.3
	Navarra	30.0	17.7	20.0	29.6	25.5	44.0	46.1	39.8	40.0	38.7
Enf.isquémica corazón	España	91.1	112.4	114.9	123.3	136.8	133.4	135.4	145.4	147.5	143.8
	Navarra	61.0	84.9	58.2	87.9	111.7	109.7	97.3	107.3	87.2	99.2
I.A.M.	España	28.0	33.8	34.6	33.8	40.4	36.4	37.9	38.0	39.5	45.4
	Navarra	16.6	23.1	17.9	26.7	33.5	37.8	39.8	37.0	33.4	35.8
Otras enf.isquémicas	España	63.1	78.6	80.3	89.5	96.4	97.0	97.5	107.4	108.0	98.4
	Navarra	44.4	61.8	40.3	61.2	78.2	71.9	57.5	70.3	53.8	63.4
Insuficiencia cardiaca	España	69.5	76.2	83.6	91.5	96.6	103.7	106.0	110.4	107.6	102.5
	Navarra	86.3	90.3	82.2	76.7	85.6	89.7	80.6	85.1	72.5	72.7
Otras enf.del corazón	España	86.6	100.8	104.2	115.1	115.1	118.3	124.2	127.8	134.2	138.3
	Navarra	64.5	86.1	92.1	97.6	114.7	110.5	116.1	134.7	136.0	158.8
Enf. cerebrovasculares	España	94.1	101.6	113.9	121.6	121.6	127.7	137.7	141.6	138.7	142.5
	Navarra	132.6	124.7	111.4	128.4	134.8	150.5	155.1	141.3	139.6	135.5
Arterioesclerosis	España	3.5	3.8	4.8	5.1	4.7	7.0	7.1	8.0	7.9	9.0
	Navarra	13.8	2.4	9.2	3.5	0.2	8.0	13.1	10.7	5.7	7.7
Otras enf.vasculares	España	180.4	193.4	216.9	224.7	239.4	238.2	228.9	226.5	217.7	206.9
	Navarra	153.5	204.6	161.8	179.6	230.0	259.9	261.4	227.1	247.0	219.7

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria

Tabla 27. Morbilidad proporcional hospitalaria (proporción de altas hospitalarias con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica cerebral)/100. España 1980-1999

Año	Enf. Isquémica cardiaca		Enfermedad cerebrovascular	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1980	1,84	0,63	1,24	0,89
1981	1,82	0,67	1,19	0,85
1982	2,02	0,71	1,15	0,84
1983	2,31	0,81	1,29	0,96
1984	2,53	0,90	1,30	0,99
1985	2,66	1,05	1,30	1,09
1986	2,70	0,99	1,33	1,02
1987	2,89	1,07	1,36	1,10
1988	2,80	1,02	1,44	1,14
1989	3,10	1,14	1,36	1,14
1990	3,09	1,27	1,34	1,14
1991	3,13	1,25	1,49	1,19
1992	3,09	1,14	1,55	1,27
1993	3,40	1,39	1,71	1,39
1994	3,62	1,43	1,85	1,55
1995	3,90	1,53	2,04	1,68
1996	4,11	1,65	1,95	1,63
1997	4,02	1,66	2,22	1,74
1998	4,25	1,71	2,33	1,93
1999	4,46	1,83	2,51	2,01

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria

Tabla 28. Letalidad extra e intrahospitalaria de los iam. Navarra 2003.

963 IAM	575 (60%) llegan al hospital	463 (81%)viven a los 28 días
		112 (19%) mueren a los 28 días
	388 (40%) mueren sin llegar al hospital	

Fuente: Instituto de Salud Pública de Navarra. Elaboración propia

Tabla 29. Altas hospitalarias por enfermedades cerebrovasculares según tipo. Navarra 2003.

ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	Nº altas	%	Nº Estancias	Estancia media
ICTUS	1.092	75.5	12.178	11,2
Isquemia cerebral transitoria	277	19.2	2.165	7,8
Enf. Cerebrovasculares mal definidas y otras no agudas	43	3.0	319	7,4
Efectos tardíos	33	2.3	394	11,9
Total	1.445	100	15.056	10,4

Fuente: Registro de morbilidad asistida de Navarra

Tabla 30. Altas hospitalarias por ictus según tipo. Navarra 2003.

TIPO DE ICTUS	Nº altas	%	Nº Estancias	Estancia media
Hemorrágico	247	18.0	3.211	13,0
Isquémico	701	51,2	7.822	11,2
Enf. Cerebrovascular aguda mal definida	144	10.6	1.145	7,9
Isquemia cerebral transitoria	277	20.2	2.165	7,8
Total	1.369	100	14.343	10,5

Fuente: Registro de morbilidad asistida de Navarra

Tabla 31.- cáncer. Tasas de incidencia bruta (tasa b) y ajustada (ta) a la población mundial (por 100.000) por localización y sexo. Navarra, 1998-2000.

Localización	Hombres 1998-2000					Mujeres 1998-2000					CIE-9
	Total	%	TasaB	TA	TA93-97	Total	%	TasaB	TA	TA93-97	
Labio	88	2,0	11	5,8	6,1	10	0,3	1,2	0,3	0,4	140
Lengua	25	0,6	3,1	2,2	2,7	10	0,3	1,2	0,8	0,7	141
G.Salival	7	0,2	0,9	0,5	0,7	4	0,1	0,5	0,2	0,3	142
Boca	26	0,6	3,3	2,1	3,8	13	0,4	1,6	0,8	0,6	143-5
Resto Faringe	54	1,2	6,8	4,7	5	1	0,0	0,1	0,1	0,1	146,8,9
Nasofaringe	9	0,2	1,1	0,7	0,8	2	0,1	0,2	0,1	0,5	147
Esófago	68	1,5	8,5	5,6	6,5	11	0,4	1,4	0,6	0,6	150
Estómago	236	5,3	29,6	15,6	21,4	136	4,5	16,8	6	8,3	151
Intest.delgado	7	0,2	0,9	0,5	1,1	6	0,2	0,7	0,3	0,4	152
Colon	336	7,5	42,2	22	21,3	278	9,2	34,3	14,1	12,3	153
Recto	253	5,7	31,7	17	15,4	145	4,8	17,9	8,3	7,5	154
Hígado,cond.bil.	117	2,6	14,7	7,6	8,3	46	1,5	5,7	2	2,4	155
Vesícula	51	1,1	6,4	2,8	2,9	73	2,4	9,1	2,9	3,8	156
Páncreas	119	2,7	14,9	8,4	8	91	3,0	11,2	4,1	4,2	157
Peritoneo-Retr.	9	0,2	1,1	0,7	0,8	18	0,6	2,2	1,3	1,4	158
Diges. mal def.	13	0,3	1,6	0,7	0	13	0,4	1,6	0,6	0	159
Fosa nasal, senos	7	0,2	0,9	0,6	0,6	4	0,1	0,5	0,4	0,3	160
Laringe	186	4,2	23,3	15,2	14,1	6	0,2	0,7	0,5	0,5	161
Pulmón	732	16,4	91,9	51,6	48,9	95	3,1	11,7	6,6	4,4	162
OtrosOrg.Torácicos	20	0,4	2,5	1,6	1,3	11	0,4	1,4	1	0,8	163-4
Huesos y articul.	9	0,2	1,1	1,2	1,2	5	0,2	0,6	0,5	1,4	170
Conjuntivo	21	0,5	2,6	1,6	2,1	20	0,7	2,5	1,4	1,5	171
Melanoma piel	81	1,8	10,2	6,3	4,5	74	2,4	9,1	6,1	5,8	172
Otros malig. piel	1297		163	87,1	70,6	1125		139	68	52	173
Mama	7	0,2	0,9	0,5	0,5	861	28,5	106	67,3	60,6	174-175
Útero NOS						6	0,2	0,7	0,3	0,2	179
Cervix U. invasivo						49	1,6	6	4	3,6	180
Cuerpo de útero						201	6,6	24,8	15	12,1	182
Ovario						143	4,7	17,6	10,8	8,7	183
Otros genit.fem.						38	1,3	4,7	1,9	1,7	184
Próstata	895	20,1	112	54,6	40						185
Testículo	23	0,5	2,9	2,5	1,6						186
Otros genit.mas.	17	0,4	2,1	1,1	1,6						187
Vejiga	324	7,3	40,7	22,1	22,1	52	1,7	6,4	2,6	2,1	188
Riñon, otros uri.	172	3,9	21,6	12,9	9,5	61	2,0	7,5	3,7	4,4	189
Ojo- Lacrimal	4	0,1	0,5	0,5	0,4	6	0,2	0,7	0,4	0,2	190
Encéfalo- SNC.	88	2,0	11	8,2	8,5	78	2,6	9,6	6,2	5,8	191-2
Tiroides	32	0,7	4	2,6	2,7	114	3,8	14,1	10,2	7,9	193
Otras endocrinas	2	0,0	0,3	0,1	0,6	3	0,1	0,4	0,5	0,3	194
Linfomas no Hodgk	151	3,4	19	12,4	9,5	126	4,2	15,6	7,7	7,3	200,202
Enf. de Hodgkin	24	0,5	3	2,6	3,1	20	0,7	2,5	2,3	2,4	201
Mieloma Múltiple	32	0,7	4	2	3	30	1,0	3,7	1,6	2,1	203
Leucemia	90	2,0	11,3	7,1	9,8	66	2,2	8,1	5,2	5,6	204-208
Mal def/sec/No es	126	2,8	15,8	8,2	9,9	98	3,2	12,1	3,9	5,3	O&I
todas	5758		722,5	399,4	370,3	4149		511,7	270,8	240,7	140-208
(sin 173)	4461	100,0	559,8	312,3	299,7	3024	100,0	372,9	202,8	188,7	140-209

Fuente: Registro de Cáncer de Navarra. ISP.

Tabla 32.- tendencias de las tasas de **incidencia** por cáncer ajustadas por edad a la población mundial. Navarra 1973-2000. Tasas por 100.000 habitantes

Hombres	1973-77	1978-82	1983-87	1988-92	1993-97	1998-00
Labio, C. bucal y faringe (140-9)	14,7	16,3	19,0	18,0	19,1	16,0
Esófago (150)	6,2	6,8	6,7	6,4	6,5	5,6
Estómago (151)	34,7	31,6	25,2	25,5	21,4	15,6
Colon y Recto (153-4)	19,0	22,4	25,6	30,9	36,7	39,0
Hígado (155)	8,3	7,7	7,3	8,4	8,3	7,6
Vesícula biliar (156)	1,8	1,3	3,7	2,9	2,9	2,8
Páncreas (157)	3,9	5,2	6,7	6,3	8,0	8,4
Laringe (161)	14,6	17,2	17,6	14,5	14,1	15,2
Pulmón (162)	23,2	34,9	42,0	42,2	48,9	51,6
Melanoma (172)	1,6	2,2	2,9	2,9	4,5	6,3
Piel no melanoma (173)	20,3	29,6	42,1	52,9	70,6	87,1
Próstata (185)	17,7	20,5	27,3	27,8	40,0	54,6
Vejiga (188)	15,3	21,5	23,1	27,4	22,1	22,1
Riñón (189)	3,8	5,5	5,7	8,0	9,5	12,9
T Encéfalo-SN (191-2)	8,1	7,9	8,9	7,7	8,5	8,2
Tiroides (193)	0,8	0,3	1,2	2,0	2,7	2,6
E. Hodgkin (201)	3,7	2,2	3,3	2,6	3,1	2,6
Linfoma no Hodgkin (200,202)	4,2	5,8	7,6	9,3	9,5	12,4
Mieloma (203)	1,6	1,9	2,4	2,6	3,0	2,0
Leucemias (204-208)	6,1	8,6	7,8	8,3	9,1	7,1
Todas las localizaciones (140-208)	226,8	264,0	304,1	327,1	370,3	399,4
Nº promedio de casos al año*	(695)	(902)	(1105)	(1348)	(1643)	(1920)
Todas excepto piel no melanoma	201,9	243,0	262,0	274,1	299,7	312,3
Nº promedio casos al año sin piel *	(631)	(797)	(947)	(1124)	(1316)	(1487)
Mujeres						
Labio, C. bucal y faringe (140-9)	1,9	2,0	1,3	2,2	2,6	2,3
Esófago (150)	1,2	0,7	0,8	0,5	0,6	0,6
Estómago (151)	17,5	13,5	11,8	9,3	8,3	6,0
Colon y Recto (153-154)	12,9	15,6	18,5	18,8	19,8	22,4
Hígado (155)	6,8	4,7	3,0	3,1	2,4	2,0
Vesícula biliar (156)	3,3	4,4	5,0	3,4	3,8	2,9
Páncreas (157)	2,6	2,9	3,3	3,6	4,2	4,1
Laringe (161)	0,2	0,2	0,2	0,3	0,5	0,5
Pulmón (162)	2,6	3,9	3,7	3,2	4,4	6,6
Melanoma piel (172)	1,9	2,5	3,9	3,6	5,8	6,1
Piel no melanoma (173)	10,8	14,3	23,5	31,1	52,0	68,0
Mama femenina (174)	37,7	38,7	47,4	64,4	60,6	67,3
Cervix uterino invasivo (180)	3,7	4,1	4,2	5,2	3,6	4,0
Cuerpo de útero&útero NOS (179,182)	12,2	12,6	10,3	12,9	12,3	15,3
Ovario (183)	5,0	6,4	8,0	8,3	8,7	10,8
Vejiga (188)	1,7	2,7	2,3	3,3	2,1	2,6
Riñón (189)	2,1	1,8	3,8	3,3	4,4	3,7
T Encéfalo-SN (191-2)	4,3	5,6	5,6	4,4	5,8	6,2
Tiroides (193)	1,8	2,7	5,4	7,5	7,9	10,2
Enf.de Hodgkin (201)	1,5	1,2	1,7	1,7	2,4	2,3
Linfoma no Hodgkin (200,202)	2,5	3,4	4,5	5,9	7,3	7,7
Mieloma (203)	1,2	1,1	1,4	2,0	2,1	1,6
Leucemias (204-208)	4,3	5,1	5,2	6,0	5,6	5,2
Todas las localizaciones	153,1	163,5	193,5	214,1	240,7	270,8
Nº promedio casos al año*	(542)	(644)	(783)	(974)	(1162)	(1383)
Todas excepto piel no melanoma	145,5	153,7	170,0	182,9	188,7	202,8
Nº promedio casos al año sin piel*	(498)	(578)	(675)	(813)	(895)	(1008)

*(nº promedio de casos anuales para cada periodo)

Fuente: Registro de Cáncer de Navarra. ISP.

Tabla 33. Supervivencia para el cáncer. Navarra 1985-94, europa 1985-94. Supervivencia relativa (%) estandarizada por edad.

HOMBRES		Navarra*	España	Europa	Dinamarca	Francia	Holanda	Inglaterra	Italia	Suecia	Suiza
Todas sin Piel	SR-5 (1985-89)	42,1	39,4	35	31,8	37,7	34,7	31,1	33,9	47,6	42,2
	SR-5 (1990-94)	43,9	44	39,8	36,4	44,6	41,6	35,9	39,1	49,9	47,1
Prostata	SR-5 (1985-89)	63,9	54,5	55,7	41	61,7	55,3	44,3	47,4	64,7	71,4
	SR-5 (1990-94)	64,0	65,5	65,4	41,5	75,2	68,4	53,8	63,9	67,4	67,0
Pulmón	SR-5 (1985-89)	8,0	11,9	8,9	5,6	11,5	11,7	7,0	8,6	8,8	10,3
	SR-5 (1990-94)	12,7	12,4	9,7	6,1	13,1	11,7	7,4	9,8	8,5	9,7
Estómago	SR-5 (1985-89)	27,9	25,3	19,3	12,2	23,8	18,0	11,2	20,2	17,9	21,2
	SR-5 (1990-94)	26,0	26,8	20,0	11,4	21,4	17,5	12,8	23,7	18,1	24,0
Colon	SR-5 (1985-89)	53,9	49,5	46,8	39,2	51,8	58,7	41,0	46,9	51,8	52,3
	SR-5 (1990-94)	51,0	55,0	49,2	43,2	55,9	51,9	45,7	51,2	52,2	55,0
Recto	SR-5 (1985-89)	43,7	43,3	42,6	38,2	48,4	52,4	40,1	43,0	49,2	52,6
	SR-5 (1990-94)	45,1	50,0	45,1	41,8	51,5	55,2	43,7	46,0	52,4	55,8
Vejiga	SR-5 (1985-89)	71,3	69,2	65,2	50,3	59,2	65,3	65,6	65,1	72,6	55,1
	SR-5 (1985-89)	72,7	75,4	69,5	65,9	67,3	73,5	69,3	70,3	72,9	68,5

• Supervivencia relativa sin estandarizar por edad . Elaboración propia

MUJERES		Navarra*	España	Europa	Dinamarca	Francia	Holanda	Inglaterra	Italia	Suecia	Suiza
Todas sin Piel	SR-5 (1985-89)	53,2	49,2	47,5	44,8	55,7	50,7	42,7	49,2	56,7	54,9
	SR-5 (1990-94)	61,2	56,4	51,2	48,1	58,9	54,2	46,8	53,1	56,5	57,4
Mama	SR-5 (1985-89)	71,2	70,4	72,5	70,6	80,3	74,4	66,7	76,7	80,6	79,6
	SR-5 (1990-94)	81,5	78,0	76,1	74,9	81,3	78,2	73,6	80,6	82,6	80,0
Pulmón	SR-5 (1985-89)	8,1	-	9,9	5,9	15,9	10,8	7,1	10,1	9,6	10,5
	SR-5 (1990-94)	11,7	12,8	9,6	5,9	15,9	12,4	7,7	10,5	11,5	16,2
Estómago	SR-5 (1985-89)	31,2	28,3	23,6	15,0	26,3	21,6	12,7	27,4	16,6	25,4
	SR-5 (1990-94)	26,5	30,4	25,4	14,0	28,0	24,6	15,2	29,6	19,3	29,5
Colon	SR-5 (1985-89)	52,9	49,4	46,7	42,7	54,0	55,7	41,3	47,0	55,2	49,4
	SR-5 (1990-94)	55,7	55,8	51,0	47,6	58,7	54,0	46,2	52,1	54,4	56,3
Recto	SR-5 (1985-89)	57,2	43,1	42,9	41,5	48,4	53,8	41,0	44,2	51,9	51,6
	SR-5 (1990-94)	58,5	52,5	49,6	44,6	62,3	53,9	47,4	48,9	57,1	57,3
Útero	SR-5 (1985-89)	76,8	73,0	73,2	75,6	74,7	83,7	72,9	72,9	82,2	76,6
	SR-5 (1990-94)	73,4	75,4	76,0	80,3	73,0	80,1	73,7	76,3	81,3	77,6
Ovario	SR-5 (1985-89)	37,2	40,6	32,9	30,8	37,0	30,1	30,6	31,2	44,5	40,1
	SR-5 (1990-94)	50,5	43,2	36,7	30,9	38,5	36,7	31,5	37,2	41,3	36,6
Vejiga	SR-5 (1985-89)	68,7	70,5	59,7	44,1	54,5	46,5	59,4	63,7	70,3	43,7
	SR-5 (1990-94)	51,1	70,4	67,1	60,9	63,0	67,3	64,1	71,0	69,1	63,8

* Supervivencia relativa sin estandarizar por edad . Elaboración propia.

Fuente: Eurocare 2-study, Eurocare-3 study

Tabla 34.- indicadores de la hospitalización por cáncer. Periodo 1996-2003

	Total Hospita.	%	Estancia	Edad en años	Peso GRD	% Exitus
Diagnóstico Principal CIE 140-208)	26.015	46.4	11,3	64,3	2,350	6,0
Diag. Principal Quimio o radioterapia	5.302	9.5	3,9	50,2	1,099	21,2
Cáncer en Diagnóstico secundario	24.696	44.1	10,1	62,7	1,930	9,4
TOTAL	56.013	100.0	10,1	62,2	2,046	8,9

Fuente: CMBD de los hospitales publicos. SNS-O

Tabla 35.- evolución de las hospitalizaciones por cáncer en los hospitales públicos de navarra.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Diagnóstico principal de cáncer (CIE 140 - 208)	2.521	2.963	3.104	3.331	3.430	3.441	3.605	3.620	26.015
Diagnóstico principal RADIOTERAPIA	27	11	12	6	13	10	4	8	91
Diagnóstico principal QUIMIOTERAPIA	744	862	587	547	593	610	706	562	5.211
Diagnós. secundario de cáncer (CIE 140 - 208)	2.397	2.922	2.855	2.960	3.167	3.282	3.592	3.521	24.696
Total	5.689	6.758	6.558	6.844	7.203	7.343	7.907	7.711	56.013

Fuente: CMBD de los hospitales publicos. SNS-O

Tabla 36. Evolución del número de accidentes con baja en jornada de trabajo por gravedad (navarra 1993-2003)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Leves	9.125	9.192	9.940	9.699	10.360	11.822	13.303	14.309	14.476	13.254	12.551
Graves	161	129	162	179	128	153	162	157	159	166	196
Mortales	22	24	20	9	20	19	20	32	14	19	20
TOTAL	9.308	9.345	10.122	9.887	10.508	11.994	13.485	14.498	14.649	13.439	12.767

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral.. Elaboración propia

Tabla 37. Indices de incidencia de accidentes con baja en jornada de trabajo por sector económico (navarra-españa 2003)

SECTORES ECONÓMICOS	NAVARRA	ESPAÑA
Agricultura	29,7	27,3
Industria	81,7	98,3
Construcción	155,9	153,7
Servicios	39,3	46,7

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral. Elaboración propia

Tabla 38. Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas (total general de navarra y españa, 1998-2003)

Año	España						Navarra					
	Total			Con fallecidos			Total			Con fallecidos		
	Total	Carretera	Urbano	Tot.	Carre.	Urb.	Tot.	Car.	Urb.	Tot.	Car.	Urb.
1998	97.570	44.388	53.182	4.319	3.567	96	583	487	96	87	72	15
1999	97.811	44.784	53.027	4.239	3.555	75	579	504	75	97	83	14
2000	101.729	44.720	57.009	4.372	3.624	64	517	453	64	92	81	11
2001	100.393	45.483	54.910	4.170	3.452	58	505	447	58	89	74	15
2002	98.433	44.871	53.562	4.031	3.377	45	461	416	45	68	62	6
2003	99.987	47.567	52.420	4.084	3.415	51	457	406	51	73	65	8

Fuente: Dirección General de Tráfico.

Tabla 39. Evolución del número de víctimas en accidentes de tráfico (total general de navarra y españa, 1998-2003)

Año	España						Navarra					
	Total			Con fallecidos			Total			Con fallecidos		
	Total	Carretera	Urbano	Tot.	Carre.	Urb.	Tot.	Car.	Urb.	Tot.	Car.	Urb.
1998	147.334	77.679	69.655	5.957	4.811	1.146	1.042	921	121	115	99	16
1999	148.632	78.854	69.778	5.738	4.709	1.029	993	902	91	122	106	16
2000	155.557	79.057	76.500	5.776	4.706	1.070	1.002	903	99	118	106	12
2001	155.116	79.700	75.416	5.517	4.543	974	890	808	82	106	90	16
2002	152.264	78.517	73.747	5.347	4.435	912	799	741	58	91	85	6
2003	156.034	83.952	72.082	5.399	4.480	919	737	666	71	83	75	8

Fuente: Dirección General de Tráfico

Tabla 40. Accidentes de tráfico según el tipo de vía (navarra 2003)

	NAVARRA		ESPAÑA	
	Accidentes	Muertos	Accidentes	Muertos
Autopistas	9,2%	9,6%	3,7%	6,9%
Autovías	8,1%	8,4%	9,5%	13,2%
Vía convencional con carril lento	2,8%	2,4%	1,3%	3,3%
Vía convencional	66,7%	68,7%	32,6%	58,0%
Camino vecinal	0,2%	1,2%	1,3%	2,2%
Vías de servicio y ramales de enlace	0,9%	0,0%	1,0%	0,9%
Otros	12,0%	9,6%	50,5%	15,6%

Fuente: Dirección General de Tráfico.

FIGURAS MORBILIDAD

Figura 1. Tasa ajustada de altas por 100.000 habitantes de las enfer. Isquémicas cardiacas y cerebrovasculares en hombres, según año.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INE

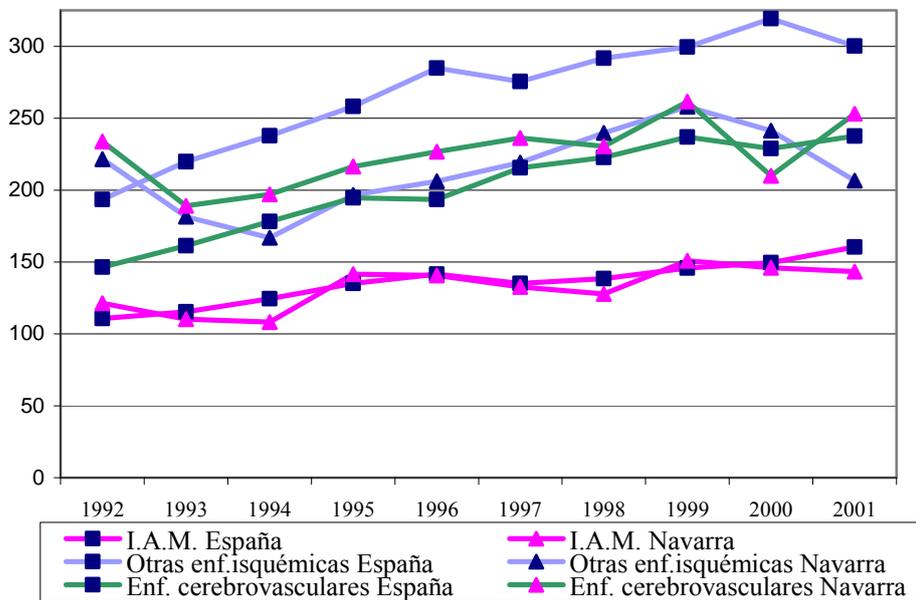


Figura 2. Tasa ajustada de altas por 100.000 habitantes de las enfer. Isquémicas cardiacas y cerebrovasculares en mujeres, según año

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INE

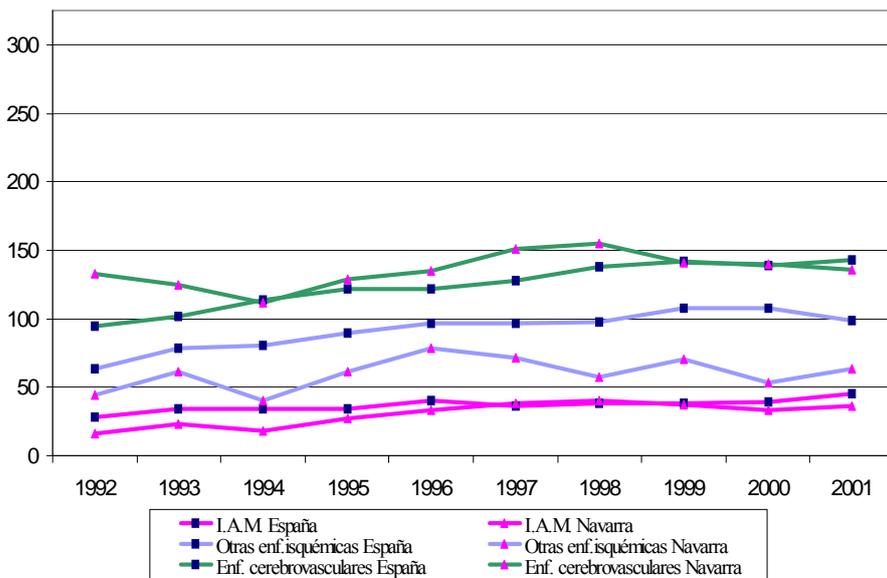


Figura 3. Tasas de incidencia estandarizadas (por 100.000) según género y área del estudio ibérica
Fuente: Instituto de Salud Pública. Estudio Ibérica

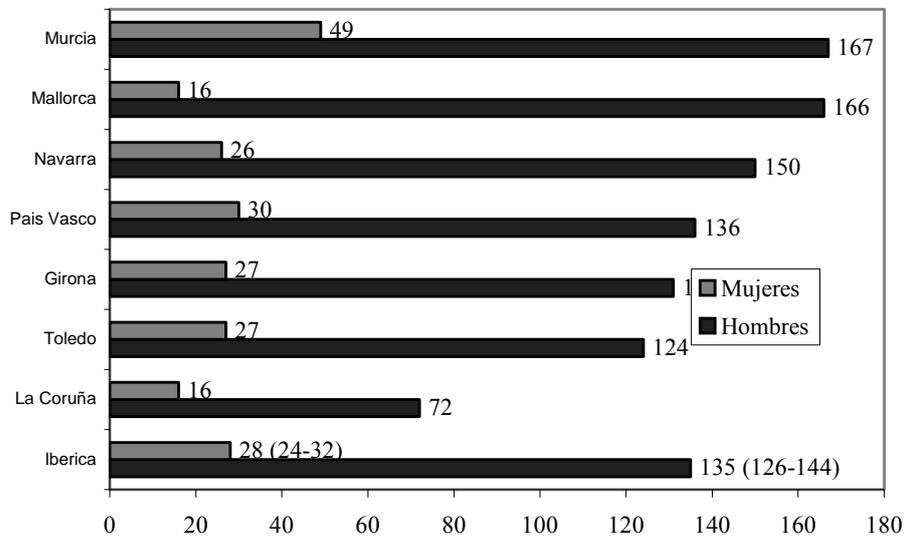


Figura 4. Evolución de la altas por ictus. Navarra 1999-2003
Fuente: Registro de Morbilidad Asistida de Navarra

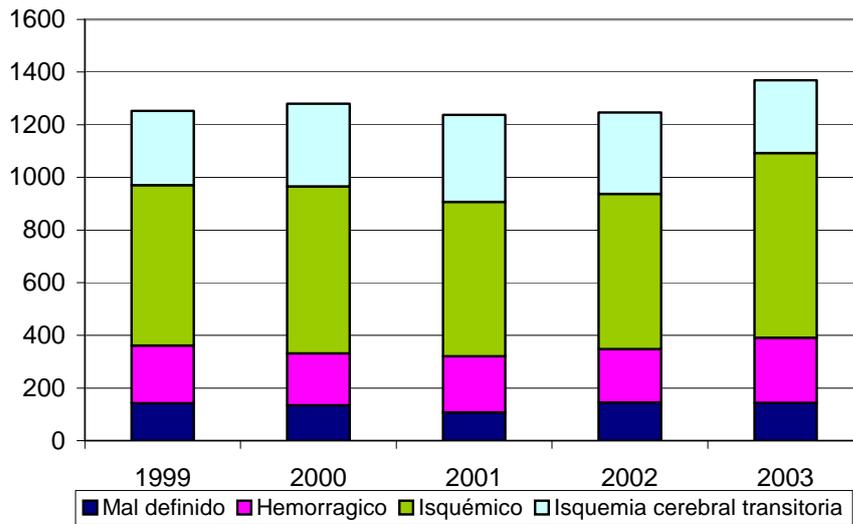


Figura 5. Comparación de la tasa de mortalidad por cáncer entre periodos por genero
Fuente: Instituto de Salud Pública. Estudio Ibérica

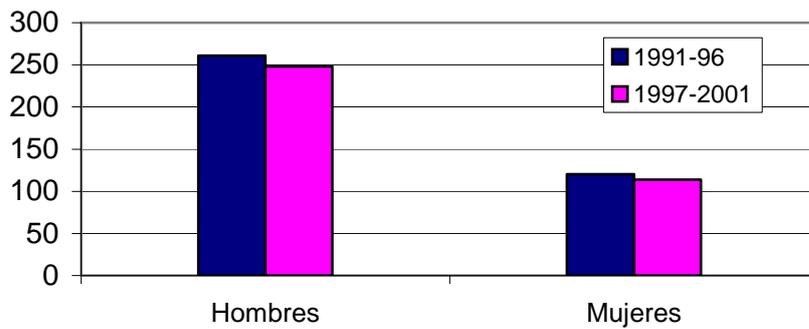


Figura 6: Evolución de los accidentes de trabajo por tipo. Navarra 2003
 Fuente: INSL y MTAS. Elaboración propia

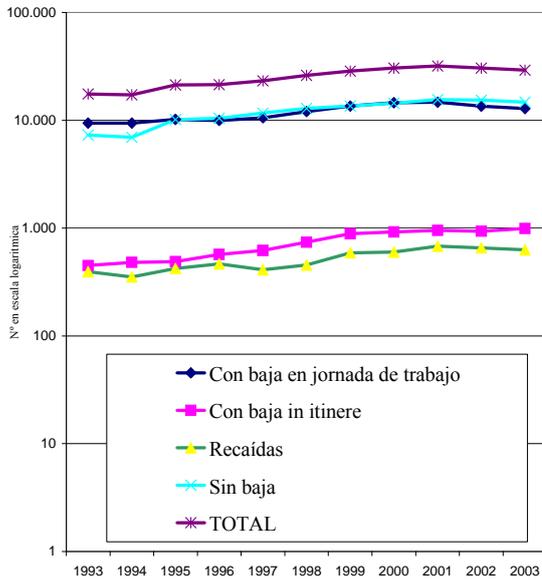


Figura 7. Evolución índices de incidencia de accidentes de trabajo con baja en jornada laboral (1993-2003)

Fuente: INSL y MTAS. Elaboración propia

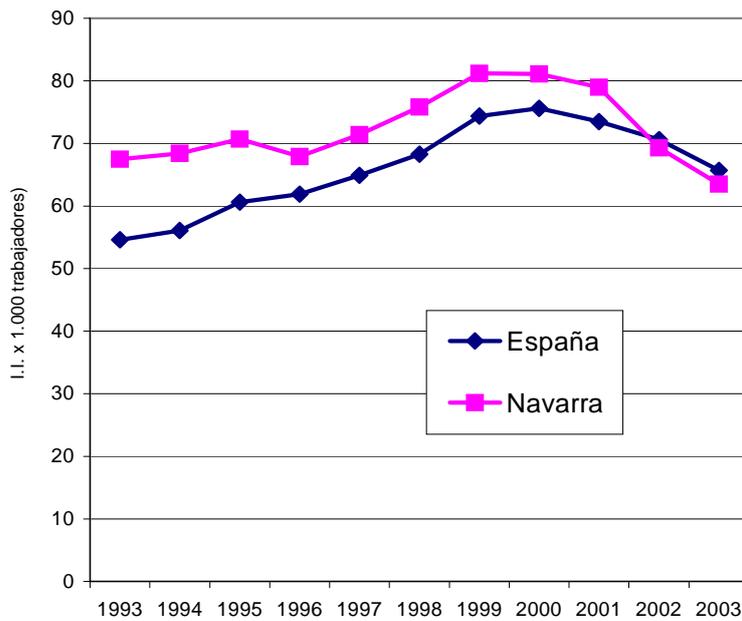


Figura 8. Evolución de los índices de incidencia de accidentes de trabajo graves y mortales (Navarra 1993-2003).

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral. Elaboración propia

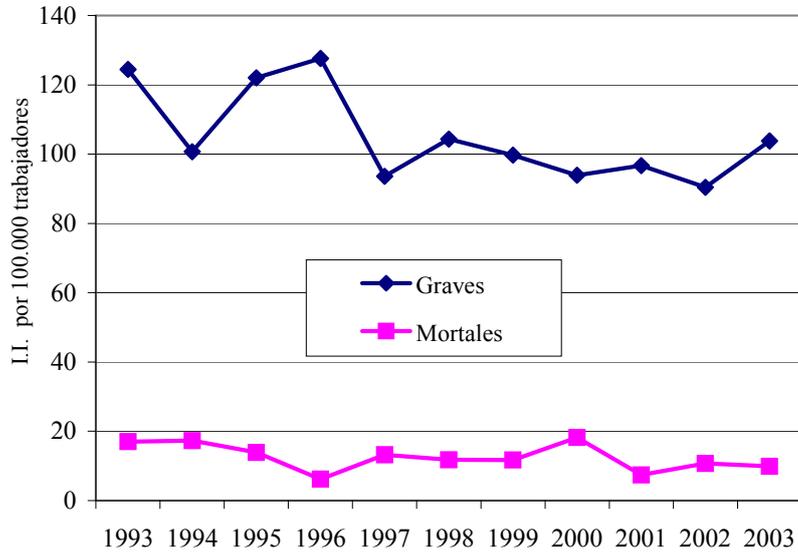


Figura 9. Evolución duración media de bajas por accidente de trabajo en jornada (1993-2003)

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Elaboración propia

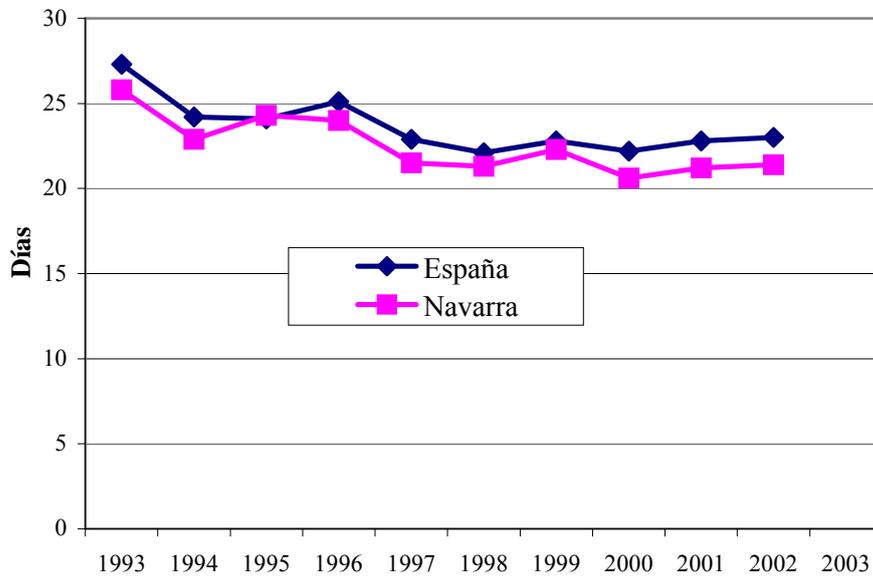


Figura 10. Razón estandarizada de incidencia de accidentes de trabajo. España -Navarra (1993-2003)
Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Elaboración propia

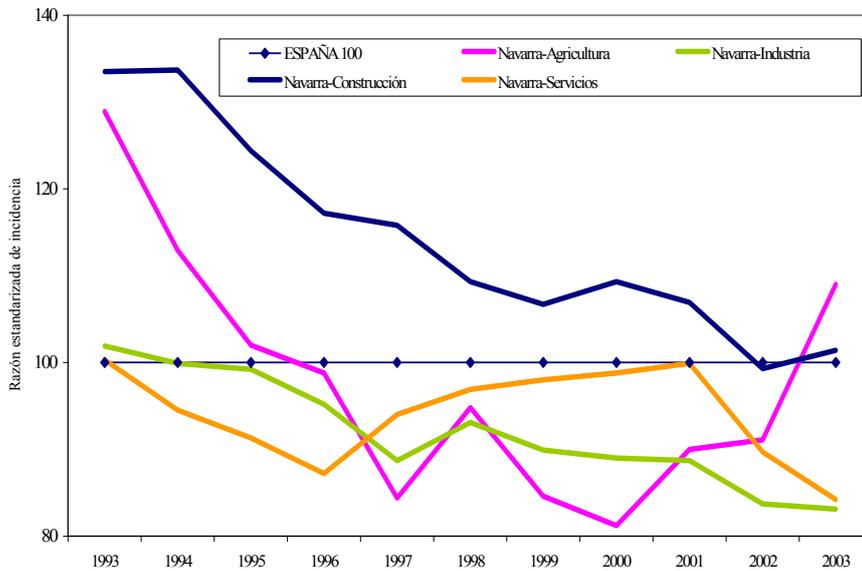


Figura 11. Distribución de accidentes de trabajo con baja en jornada laboral por nacionalidad de origen en trabajadores extranjero (navarra 2003)
Fuente: INSL. Elaboración propia

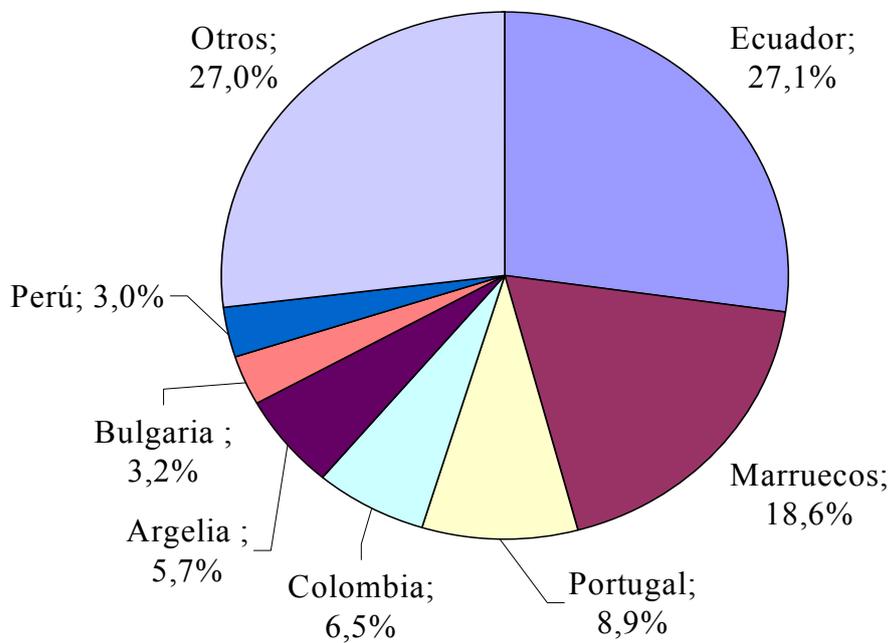


Figura 12. Evolución del número de víctimas en accidentes de tráfico (navarra 1998-2003)
 Fuente: Dirección General de Tráfico.

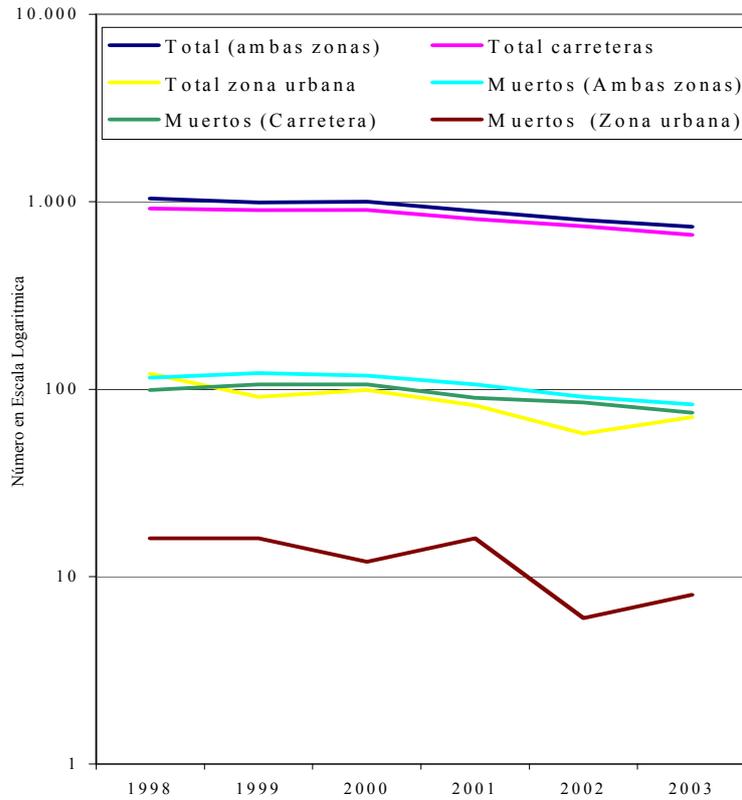


Figura 13. % de accidentes producidos en zona urbana en Navarra y España en 2003.
 Fuente: Dirección General de Tráfico.

