

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007

Navarra



Características socioeconómicas y demográficas de la población

La población de Navarra ha alcanzado la cifra de 605.876 habitantes, según datos obtenidos del padrón municipal de habitantes (1 de enero de 2007), lo que implica que, respecto a enero de 2006, la comunidad foral ha crecido en 4.002 personas, es decir, el 0,7 % (tabla 1).

Asimismo, cabe destacar el aumento de la población extranjera, que representa el 9,2 % frente al 5,4 %, observado en el año 2002.

El número de personas activas en Navarra en el cuarto trimestre de 2007 era de 303.500, lo que representa el 60,32 % del total de la población de más de 16 años. Las personas ocupadas sumaban 290.600, de las cuales 168.100 son hombres y 122.500, mujeres, con una tasa de actividad del 69,96 y del 50,79 %, respectivamente. La tasa de paro total en la Comunidad Foral de Navarra, la más baja del conjunto nacional, es del 4,27 % frente al 7,57 % del conjunto de España (figs. 1-4).

TABLA 1. Datos de población por tramos de edad e indicadores de población, 1975-2007 (Navarra)

	1975	1981	1986	1991	1996	2001	2007
Población	486.718	509.002	515.900	519.277	520.574	555.829	605.876
Tasa de crecimiento anual	0,87	0,26	0,13	0,05	1,19	2,51	1,67
Densidad de población	46,84	48,98	49,65	49,97	50,10	53,49	58,31
Índice de juventud de la población activa	126,29	135,07	135,23	134,67	131,15	123,56	108,44
Media de edad	33	34	36	38	40	41	40
Tasa bruta de natalidad	17,85	13,12	10,02	9,22	9,28	8,47	10,80
Tasa bruta de mortalidad	8,97	8,09	8,05	8,70	9,01	8,66	7,93
Tasa bruta de nupcialidad	7,15	5,23	4,86	5,12	5,21	4,85	4,60
Índice de juventud	25,92	23,97	20,85	17,35	14,29	13,72	14,53
Población entre 15 y 64 años (%)	63,09	64,05	65,84	67,29	68,33	68,18	68,02

Índice de envejecimiento	11,00	11,98	13,31	15,36	17,38	18,10	17,45
Población menor de 20 años (%)	34,35	32,41	28,95	25,36	21,52	19,02	19,18
Población entre 20 y 59 años (%)	50,17	51,13	52,41	53,76	55,64	58,48	58,13
Población mayor de 59 años (%)	15,48	16,46	18,65	20,88	22,84	22,49	22,68
Población mayor de 64 años/población menor de 15 años	42,42	49,96	63,85	88,53	121,66	131,96	120,06
Población menor de 15 años y mayor de 64 años/población entre 15 y 64 años	58,51	56,12	51,88	48,62	46,34	46,67	47,02
Población menor de 20 años y mayor de 59 años/población entre 20 y 59 años	99,34	95,57	90,81	86,01	79,73	70,98	72,01
Población menor de 15 años/población entre 15 y 64 años	41,08	37,42	31,66	25,79	20,91	20,12	21,37
Población menor de 20 años/población entre 20 y 59 años	68,48	63,37	55,23	47,17	38,68	32,52	33,00
Población mayor de 64 años/población entre 15 y 64 años	17,43	18,70	20,22	22,83	25,43	26,55	25,56
Población mayor de 59 años/población entre 20 y 59 años	30,86	32,19	35,58	38,84	41,06	38,46	39,01

Figura 1. Población y empleo en el cuarto trimestre de 2007 (Navarra)



Figura 2. Tasa de ocupación por sectores de actividad en el cuarto trimestre de 2007 (Navarra)

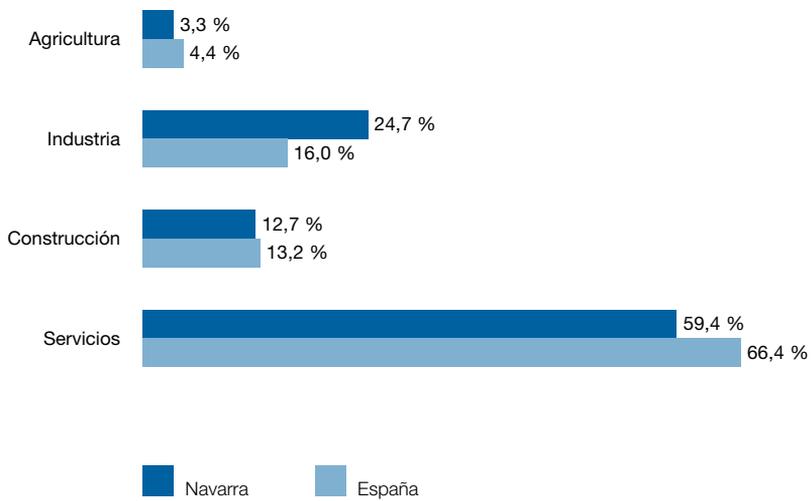


Figura 3. Tasa de ocupación y paro en el cuarto trimestre de 2007 (Navarra)

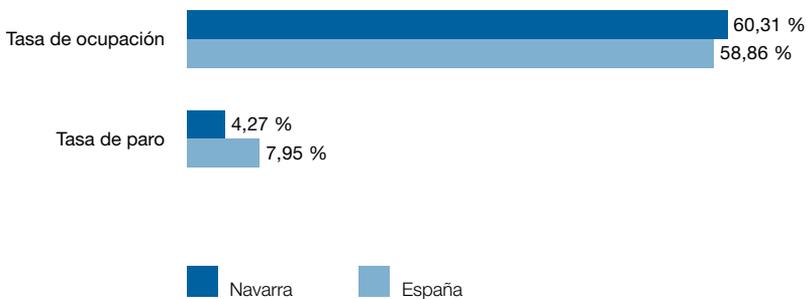
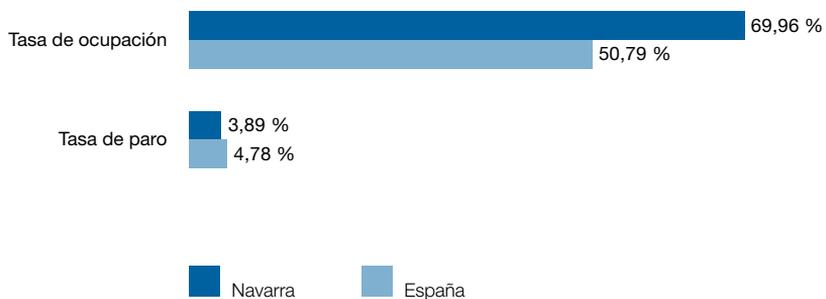


Figura 4. Tasa de ocupación por sexo en el cuarto trimestre de 2007 (Navarra)



Seguimiento del estado de salud de la población

Indicadores

En el año 2007, según la Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el Instituto de Estadística de Navarra, el 71,2 % de la población consideraba que su estado de salud en los 12 meses anteriores a la entrevista había sido bueno; el 20,6 %, regular, y el 8,2 %, malo. Esta distribución permanece relativamente estable en el tiempo desde 1990 y puede valorarse como positiva. En todos los grupos de edad, la percepción de la salud es significativamente peor en las mujeres.

Los problemas de salud que afectan a más personas son, por orden, el dolor o malestar (26,7 %), los problemas de movilidad (12,1 %), la depresión/ansiedad (11,5 %), las dificultades para la realización de actividades cotidianas (8,1 %) y aquéllos relacionados con el cuidado personal (4,5 %). Estos problemas afectan, en mayor medida, a las mujeres y aumentan con la edad. Así, por ejemplo, el porcentaje de mujeres que declara padecer dolor o malestar es el 31,9 % mientras que este valor se reduce al 21,3 % entre los hombres.

En Navarra, tal y como señala la Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud, alrededor de 40.000 personas mayores de 6 años relatan alguna discapacidad, lo que representa el 8 % de la población total. El 46 % de las personas que declaran discapacidad son hombres y el 54 % restante, mujeres. La mayoría de las discapacidades relatadas son de carácter grave o total: el 72 % de las discapacidades de los hombres y el 78 % de las de las mujeres. El 2 % de las personas entre 6 y 64 años y el 20 % de los mayores de 65 años tienen alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria (AVD). La mitad de la población con discapacidad no ha necesitado ningún tipo de servicio social o sanitario y el 6 %, aunque lo ha necesitado, no lo ha recibido.

En el último quinquenio (2001-2005), la esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 78,2 años en los hombres y de 85,1 años en las mujeres, por encima de la observada en el conjunto de la UE-15 y de la de España.

En 2005 fallecieron en Navarra 2.688 hombres y 2.514 mujeres. El 19 % de los hombres fallecidos tenía menos de 65 años y el 25,6 %, más de 85 años. Entre las mujeres fallecidas, estos porcentajes eran del 9 % y el 50 %, respectivamente. La tasa de mortalidad ajustada a la población europea de

los hombres de Navarra, de 660,9 por 100.000 hombres, es el 11,1 % más baja que la de España y la de las mujeres, de 366,4 por 100.00 mujeres, es el 11,4 % más baja. Esta menor mortalidad de Navarra se ha ido observando en las dos últimas décadas.

A continuación se presentan los indicadores que presentan una evolución positiva en el período 2001-2005:

- En el quinquenio 2001-2005, la esperanza de vida al nacer fue de 78,2 años en los hombres y de 85,1 años en las mujeres; esta última es una de las más altas a nivel mundial.
- Han disminuido las tasas de mortalidad en ambos sexos en casi todos los grupos de edad.
- Ha habido un importante descenso de la mortalidad infantil que se sitúa en 3 muertes por 1.000 recién nacidos vivos en el quinquenio 2001-2005 frente a 4,1 en el quinquenio anterior.
- La utilización de tratamientos antirretrovirales más eficaces ha hecho descender las muertes por sida que, además, se producen sobre todo entre la población joven.
- Se han conseguido bajas tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias en comparación con la mortalidad registrada en España y en la mayoría de los países de la Unión Europea. Además, durante el quinquenio 2001-2005 han continuado descendiendo la mortalidad por isquemia cardíaca, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.
- Ha habido un descenso importante de la mortalidad por cáncer de estómago en ambos sexos y estabilización del cáncer colorrectal en los hombres.
- La mortalidad total y mortalidad prematura por cáncer de mama, que hasta mediados de la década de 1990 presentaban una tendencia ascendente, muestran un descenso de la mortalidad total, pero sobre todo de la mortalidad prematura.
- Ha continuado el descenso de la mortalidad prematura por accidentes de tráfico entre los hombres.
- Se ha producido un descenso de la mortalidad prematura por tumores relacionados con el consumo de tabaco entre los hombres jóvenes.

A continuación se presentan los indicadores que muestran una evolución negativa en el período 2001-2005:

- Ha habido un fuerte incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres (32 % de las tasas de mortalidad y 70 % de la tasa de años potenciales de vida perdidos [APVP]).
- Se ha producido un incremento de la mortalidad por accidentes de tráfico y suicidio entre las mujeres (www.cfnavarra.es/isp/documentacion/BOL44-07.pdf).

La combinación de las informaciones disponibles sobre mortalidad y calidad de vida permite elaborar el indicador de esperanza de vida ajustada por calidad (EVAC). Así, utilizando la mortalidad correspondiente al año 2005 y los resultados del año 2007 del instrumento EuroQol-5D, el valor de la EVAC a los 15 años es de 58,2 años para las mujeres y de 58,1 para los hombres. A los 65 años, la probabilidad de vivir con buena calidad de vida es de 14,3 años para las mujeres y de 14,8 para los hombres.

Entre 1998 y 2002 se registraron 16.952 nuevos casos de cáncer en Navarra. En los hombres, los cánceres diagnosticados con más frecuencia fueron, por este orden, de próstata, pulmón, colon y recto, vejiga y estómago, que sumaron el 63,2 % de todos los casos de cáncer. En las mujeres, las localizaciones de mama, colon y recto, cuerpo de útero, estómago y ovario sumaron el 57,6 % del total de los casos. La tasa ajustada a la población mundial de todos los cánceres, excepto el de piel no melanoma, fue de 311 por 100.000 hombres y de 202 por 100.000 mujeres (www.cfnavarra.es/isp/documentacion/BOL42-06.pdf).

Estrategias para conocer y monitorizar el estado de salud de la población

Sin una periodicidad fijada, se están realizando y publicando diagnósticos de salud de la comunidad que incluyen el estado de situación respecto a los condicionantes de salud y al estado de salud de la comunidad foral.

Buena parte de los indicadores relacionados con el estado de salud de la población se publican anualmente como resultados de las operaciones estadísticas incluidas en el Plan Estadístico de Navarra.

Las fuentes utilizadas son las siguientes:

- Estadísticas vitales.
- Movimiento natural de la población.
- Estadística de defunciones según la causa de muerte.
- Registros poblacionales de patología:
 - Cáncer.
 - Cardiopatía isquémica.
 - Insuficiencia renal crónica.
 - Sida e infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana).
- Registro individualizado de patología infecciosa: TBC (tuberculosis) y otras EDO (enfermedades de declaración obligatoria).
- Accidentes laborales.
- Enfermedades profesionales.
- Incapacidad temporal.

- Incapacidad permanente.
- Registro de anomalías y enfermedades hereditarias.
- Encuestas en población general:
 - Encuesta de Condiciones de Vida, del Instituto de Estadística de Navarra (es bienal y se cuenta con un módulo sobre salud).
 - Encuesta de Salud y Condiciones de Trabajo.
 - Encuesta Nacional de Salud.
 - Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud.
 - Encuestas específicas sobre hábito tabáquico, abuso de sustancias, etc.
 - Encuesta sobre la Juventud de Navarra (cuatrienal).
- Otros sistemas de vigilancia:
 - Sucesos centinela de salud laboral.
 - Sistema de vigilancia de las asistencias realizadas en los servicios de urgencia.
 - Declaración numérica de EDO.
 - Morbilidad atendida en los servicios sanitarios.
 - CMBD (conjunto mínimo básico de datos) al alta hospitalaria.
 - CMBD de cirugía mayor hospitalaria.
 - Episodios atendidos en atención primaria.
 - Programa de asistencia dental infantil y juvenil.
 - Interrupción voluntaria del embarazo (IVE).
 - Sistema de información de salud mental.
 - Programas de detección precoz: cáncer de mama, hipoacusia en recién nacidos, metabolopatías congénitas, etc.
 - Riesgos laborales.

Desarrollo normativo e institucional

Durante el año 2007, en la Comunidad Foral de Navarra se han aprobado las normas sanitarias que se presentan en la tabla 2.

Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- La Orden Foral 60/2007, de 4 de mayo, por la que se crea un fichero informatizado bajo la denominación de “Registro de Cuidados Paliativos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O)”, cuya finalidad es registrar los pacientes oncológicos en tratamiento paliativo en los centros sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y en centros sanitarios concertados con este organismo público, con objeto de asegurar el correcto mantenimiento y seguimiento asistencial de las personas afectadas.
- La Orden Foral 31/2007, de 2 de marzo, por la que se crea la Comisión Asesora Técnica de Prevención y Control del Tabaquismo con el objeto de priorizar las acciones sobre la prevención al inicio del consumo de tabaco, donde deben participar, además del Departamento de Salud, instituciones dedicadas a la educación y formación de jóvenes, e integrar dicha comisión, además de representantes del área sanitaria, representantes del Departamento de Educación y del Instituto Navarro de Deporte y Juventud.
- La Orden Foral 97/2007, de 3 de agosto, modifica el calendario oficial de vacunaciones de Navarra. El objetivo es implantar la vacunación universal frente al virus del papiloma humano para todas las niñas nacidas a partir del 1 de enero de 1995. El departamento pone en marcha esta vacunación a propuesta de la Comisión Asesora Técnica de Vacunaciones de Navarra con el fin de disminuir la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino en esta comunidad foral.
- La Resolución 26/2007, de 17 de enero, crea un grupo técnico de trabajo (GTT) para elaborar un programa de atención de los trastornos del comportamiento alimentario en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Mediante Resolución 1.149/2007, de 19 de junio, se aprueban las recomendaciones del GTT y se encomienda al director gerente del SNS-O su puesta en marcha.
- La Resolución 2.319/2007, de 19 de diciembre, crea un grupo técnico de trabajo para la realización de un protocolo sobre atención integral en emergencias y traslados urgentes en salud mental.

TABLA 2. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2007 (Navarra)

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado	Observaciones
Decreto Foral 30/2007, por el que se modifica el Decreto Foral 127/2001, de 28 de mayo, por el que se establecen los órganos de dirección y coordinación del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco	02/04/2007	Órganos directores	
Decreto Foral 123/2007, por el que se modifican los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea aprobados por Decreto Foral 45/2006, de 3 de julio	03/09/2007	Estructura y organización	
Decreto Foral 230/2007, por el que se modifican los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, aprobados por Decreto Foral 45/2006, de 3 de julio	22/10/2007	Estructura y organización	
Orden Foral 1/2007, por la que se modifica la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	10/01/2007	Estructura y organización	
Orden Foral 22/2007, por la que se crean las unidades administrativas en las zonas básicas de salud	19/02/2007	Estructura y organización	
Orden Foral 31/2007, por la que se crea la Comisión Asesora Técnica de Prevención y Control del Tabaquismo	02/03/2007	Promoción de la salud	El objetivo de esta comisión es priorizar las acciones de "prevención al inicio del consumo de tabaco"
Orden Foral 49/2007, por la que se designan vocales de la Comisión Técnica de Hemoterapia de Navarra	20/04/2007	Consejos asesores	
Orden Foral 60/2007, por la que se crea un fichero informatizado bajo la denominación de "Registro de Cuidados Paliativos del SNS-O"	04/05/2007	Derechos	El objetivo de esta orden foral es crear un fichero informatizado que permita dar continuidad a la asistencia de pacientes paliativos en los distintos servicios del SNS-O (atención primaria, oncología, cuidados paliativos y otros)
Orden Foral 65/2007, por la que se crean y suprimen unidades organizativas en el SNS-O	18/05/2007	Estructura y organización	

Orden Foral 90/2007, por la que se modifica la estructura asistencial del Hospital García Orcoyen de Estella	05/07/2007	Cartera de servicios	Creación de la sección de rehabilitación en dicho hospital
Orden Foral 97/2007, por la que se modifica el calendario oficial de vacunaciones de Navarra	03/08/2007	Promoción de la salud	El objetivo es introducir la vacuna del papiloma humano en el calendario vacunal de las niñas de Navarra
Orden Foral 116/2007, por la que se regulan las condiciones y el procedimiento de autorización de los establecimientos de comercio al por menor de carne fresca y de sus derivados en la Comunidad Foral de Navarra	24/08/2007	Salud pública	
Orden Foral 190/2007, por la que se crea el grupo técnico de trabajo sobre agresiones a profesionales sanitarios en la Comunidad Foral de Navarra	10/12/2007	Consejos asesores	
Resolución 26/2007, por la que se crea un grupo técnico de trabajo para elaborar un programa de atención de los trastornos del comportamiento alimentario en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	17/01/2007	Consejos asesores	El objetivo es crear un protocolo de atención a los trastornos del comportamiento alimentario
Resolución 1.149/2007 para la implantación de las "recomendaciones del GTT sobre TCA" en el SNS-O	19/06/2007	Derechos	Esta resolución aprueba las recomendaciones del GTT sobre trastornos alimentarios y ordena su puesta en marcha
Resolución 2.319/2007, por la que se crea un grupo técnico de trabajo para la realización de un protocolo sobre atención integral en emergencias y traslados urgentes en salud mental, en la Comunidad Foral de Navarra	19/12/2007	Derechos	El objetivo es crear un protocolo interdisciplinario de asistencia a estos pacientes
GTT, grupo técnico de trabajo; SNS-O, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; TCA, trastornos del comportamiento alimentario.			

Planificación y programas sanitarios

La tabla 3 recoge información sucinta acerca de planificación y programas sanitarios en Navarra en 2007.

TABLA 3. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2007 (Navarra)				
	Denominación	Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Planes de salud		Sí	1990-2000 2001-2005 2006-2012	El 28 de febrero de 2007 la Comisión de Sanidad del Parlamento aprueba el Plan de Salud 2006-2012
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional	Sí	Desde 1990	Revisión bienal con doble proyección a mujeres de 45-69 años. El 96,7 % de las mujeres de esa edad declara la realización de mamografías según la ENS-2006
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	Sí		El apoyo psicológico está disponible para todas las pacientes diagnosticadas o en tratamiento
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional	Sí	Desde mayo de 2000	Estrategia de detección oportunista. Según la ENS-2006, el 72,2 % de las mujeres mayores de 16 años declara la realización de citologías alguna vez en la vida
Cáncer	Comités de cáncer de pulmón, mama y digestivo en el Hospital de Navarra. Puesta en marcha del Registro Hospitalario de Tumores	Sí		Participación multidisciplinaria. Incorporación del registro orientado a resultados en salud. Ampliación progresiva a otras localizaciones
Enfermedades cardiovasculares	Programa de riesgo vascular en atención primaria	Sí	Desde 2003	Valoración de riesgos y cálculo de riesgo global
Diabetes	Incluido en el programa de riesgo cardiovascular	No específico		Presentación de la guía de diabetes para atención primaria. Presentación de resultados del GedapsNA

Salud mental	Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil	Sí	Desde 2007	Elaboración del documento
	Programa de psiquiatra interconsultor	Sí	Desde 2007	Elaboración del documento y aplicación
Violencia de género	Plan de acción	Sí		Desde el Instituto Navarro de la Mujer
	Acciones preventivas	Sí		Desde el Instituto Navarro de la Mujer
	Protocolo de actuación sanitaria	Sí	Desde junio de 2002	
Hipoacusia en recién nacidos	Programa de cribado dirigido a todos los recién nacidos en Navarra		Desde 1999	La tasa de detección es de 5,8 por cada 1.000 recién nacidos. Buen nivel de integración de los casos tratados
Salud bucodental	Programa con prestaciones preventivas y curativas a población infanto-juvenil	Sí	Desde 1991	La población beneficiaria actual cubre de los 6 a los 18 años. Es utilizado cada año por el 69 % de la población diana
Anomalías congénitas	Consulta de diagnóstico prenatal en mujeres embarazadas con algún riesgo	Sí	Desde 1995	Da cobertura a 2 de cada 3 mujeres embarazadas
Cuidados paliativos	Programa de atención en cuidados paliativos	Sí	Desde el año 2000. Revisado en 2004	Coordinación de atención primaria con oncología del Hospital de Navarra y cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios
ENS-2006, Encuesta Nacional de Salud 2006; GedapsNA, Grupo de Estudios de Diabetes en Atención Primaria de la Salud de Navarra.				

Con fecha de 28 de febrero de 2007, la Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra aprobó el Plan de Salud para el período 2006-2012. El plan establece cinco líneas estratégicas sobre las cuales se formulan objetivos y actuaciones: la prevención colectiva; los cuidados por proceso; la organización y la gestión; el ciudadano y el sistema sanitario, y, por último, los medicamentos e información clínica. Respecto a la propuesta planteada por el Gobierno de Navarra, el debate parlamentario ha ampliado el universo de las actuaciones con el impulso de programas preventivos dirigidos a la mejora de los hábitos alimentarios, prevención de la anorexia y la bulimia, prevención de enfermedades cardiovasculares y programas educativos. Asimismo, amplía las actuaciones contempladas en los cuidados por proceso a las enfermedades neurodegenerativas.

Se puso en marcha el III Plan de Salud Laboral 2007-2012, que surge de la necesidad de establecer políticas globales de seguridad y salud en el trabajo, como una forma de priorizar y asegurar la eficacia de nuestras acciones y de gestionar los esfuerzos y recursos que la sociedad destina para evitar las lesiones profesionales y mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

En octubre comenzó a aplicarse un proyecto piloto para la mejora organizativa en atención primaria, en el cual participan, durante 6 meses, los centros de salud de Ansoáin, Ermitagaña, Villava, Tafalla y Tudela Oeste, que atienden a 62.411 personas usuarias con tarjeta sanitaria individual. Los objetivos de este proyecto son: la mejora de la accesibilidad y agilidad de la atención a los pacientes, la promoción del autocuidado del paciente y su implicación en el proceso de su enfermedad, la mejora continua de la calidad asistencial y el impulso del desarrollo profesional del personal sanitario.

En otoño se llevó a cabo la puesta en marcha del nuevo centro de radioterapia sito en el Hospital de Navarra. La infraestructura recién creada ocupa una superficie de 4.100 m² y cuenta, entre otros aparatos, con tres aceleradores lineales de nueva generación. Asimismo, atenderá a todos los casos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en que sean necesarios los tratamientos radioterápicos.

Ha habido modificaciones en el calendario vacunal de Navarra:

- Se ha establecido la vacunación universal frente al virus del papiloma humano en las niñas nacidas a partir del 1 de enero de 1995, a la edad de 12-13 años. Esta medida se ha hecho efectiva en las niñas que cursan 1.º de ESO (educación secundaria obligatoria) en el curso escolar 2007-2008. Durante los próximos tres cursos escolares, la vacunación frente al virus del papiloma humano se extenderá a las niñas nacidas entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 1994 que no hayan sido vacunadas anteriormente.
- Respecto a la vacuna antineumocócica, se ha extendido esta inmunización a todas las personas mayores de 65 años, a las personas inmunodeprimidas y a aquéllas afectadas por enfermedades crónicas. Hasta ahora, en la Comunidad Foral de Navarra sólo se administraba a personas ancianas institucionalizadas.
- Con el fin de frenar el brote de parotiditis que ha afectado a personas entre 18 y 20 años, el Departamento de Salud ofreció vacunarse frente a la parotiditis a los jóvenes navarros nacidos entre 1986 y 1988 ya que desde agosto hasta diciembre de 2006 se registraron 911 casos y 1.804 casos más en los primeros meses de 2007.

El Departamento de Salud ha suscrito acuerdos con el Ministerio del Interior para la integración del centro penitenciario de Pamplona en el sistema informático y de gestión de la red sanitaria pública de Navarra y con

el Ministerio de Sanidad y Consumo para impulsar las prácticas seguras en centros sanitarios.

En 2007 se pone en marcha, de forma piloto, una nueva posibilidad de interconsulta desde atención primaria mediante un *psiquiatra interconsultor* en pacientes adultos con patología de salud mental.

A este nuevo programa se pueden remitir pacientes con patología mental no grave o pacientes que el profesional de medicina de familia considera que, a priori, puede llevar o resolver él mismo con el apoyo o interconsulta a este psiquiatra. El responsable del paciente será el profesional de medicina de familia. Este psiquiatra no debe ser utilizado como puerta de entrada al centro de salud mental ni como psiquiatra para consultas preferentes.

Siempre para esta tipología de pacientes, con una patología menos grave, se pueden solicitar tres modalidades de consulta: consulta telefónica, interconsulta no presencial e interconsulta presencial.

Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil

La atención en salud mental infanto-juvenil es un área de especial interés, tanto por la importancia que tiene en sí misma como por el impacto del sufrimiento emocional de niños y jóvenes en su familia y porque la detección y el inicio precoz del tratamiento en edades tempranas es de gran interés para la prevención de trastornos en el adulto y la promoción de la salud mental en la sociedad.

En cuanto a la salud mental infanto-juvenil, los servicios están estructurados en niveles: el más básico, pediatría de atención primaria, es clave en la detección del trastorno y facilita atención sanitaria a los casos menos graves y más frecuentes.

El primer nivel de atención especializada en salud mental a la infancia y adolescencia se realiza en los propios centros de salud mental, en los cuales está definido un programa infanto-juvenil con un responsable funcional, habitualmente un psicólogo clínico.

El Hospital de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental Natividad Zubieta es el segundo nivel de especialización y atiende a casos muy graves en régimen de tratamiento intensivo, multidisciplinario y psicoeducativo. El acceso a él se realiza mediante los profesionales de los centros de salud mental.

Recientemente se ha abierto una unidad suprasectorial de hospitalización infanto-juvenil. Es una unidad cerrada, ubicada contiguamente a la unidad de psiquiatría de adultos, y dispone de cuatro camas en dos habitaciones dobles.

Durante 2007 se ha diseñado la reorganización de la asistencia a niños y niñas y adolescentes que actualmente se lleva a cabo en el hospital de día infanto-juvenil y los distintos centros de salud mental en un único centro de carácter integral y específico.

El modelo conceptual en que se sustentará la intervención será el comunitario, pues el niño será considerado como una unidad biopsicosocial y la atención será integral, teniendo en cuenta sus necesidades globales, esto es, considerando todos los ámbitos de la vida del niño y contemplándolo en su contexto familiar.

Con ese objetivo y mediante resolución del director general del Departamento de Salud (244/207, de 20 de febrero) se estableció un grupo técnico de trabajo de salud mental infanto-juvenil para redactar el plan. El documento de definición del servicio se ha trabajado a lo largo del año 2007 y actualmente está en la fase final de revisión, previa al comienzo de su implantación.

Se trata de un centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) que prestará asistencia especializada en materia de salud mental a niños y niñas y adolescentes de toda Navarra, sito en Pamplona. En las localidades de mayor población se establecerán delegaciones con profesionales que formarán parte y trabajarán en estrecha coordinación con este equipo.

Será un servicio específico que se organizará en función y teniendo en cuenta los aspectos evolutivos de la población infanto-juvenil. Funcionará en coordinación con los diferentes recursos de la red sociosanitaria con el fin de asegurar la atención global del paciente.

Estará constituido por un equipo multidisciplinario de profesionales con una formación específica y un conocimiento contrastado en salud mental infanto-juvenil, que desempeñará un trabajo en equipo en función de una serie de objetivos clínicos y de gestión que se consensuarán con la Subdirección de Salud Mental.

El centro estará estructurado en diferentes servicios: el servicio de evaluación, el de tratamiento, el de tratamiento intensivo y el de hospitalización parcial. Cada uno de estos servicios dispondrá de una serie de profesionales responsables y de procedimientos y protocolos de actuación basados en la evidencia y que serán evaluados periódicamente en función de los indicadores que se definan.

Equidad

La tabla 4 recoge información sucinta acerca de proyectos y medidas para la equidad en Navarra en 2007.

TABLA 4. Proyectos y medidas para la equidad, 2007 (Navarra)				
	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
Género	Sí	Talleres formativos	No	Dirigido a profesionales sanitarios y trabajadores sociales
Etnia	Sí	Promoción de la salud	No	Etnia gitana

Violencia doméstica

El maltrato a la mujer constituye uno de los problemas sociales más prevalentes en nuestros días. Tal es su envergadura que, desde prácticamente todos los sectores de opinión, se reclama una atención integral de los poderes públicos con la finalidad de erradicarla. Por ello, el Departamento de Salud tiene en funcionamiento la Comisión de Salud de Violencia Doméstica con el objetivo de prever y abordar la violencia de género.

Dentro del Plan Docente del Departamento de Salud se organizó la reunión Aspectos médico-legales en la atención a las víctimas de la violencia de género, dirigida a licenciados(as) en medicina, diplomados(as) en enfermería y diplomados(as) en trabajo social de los centros de salud, centros de atención a la mujer, centros de salud mental y servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios del sistema sanitario de Navarra y se contó con 94 asistentes.

Desde la Subdirección de Salud Mental en colaboración con el INAI (Instituto Navarro de Igualdad) se organizaron unas sesiones bajo el título Políticas públicas contra la violencia de género en la Comunidad Foral de Navarra de hora y media de duración cada una en los centros de salud mental de Burlada, Rochapea, Milagrosa, Ermitagaña, San Juan, Tafalla, Estella y Casco Viejo. El objetivo fue ofrecer información precisa sobre la incidencia de la violencia de género en Navarra y la respuesta institucional ante ella.

La Dirección de Atención Primaria ha puesto en marcha el Programa de violencia de género, en el contexto del acuerdo interinstitucional para la atención integral a las víctimas del maltrato doméstico y/o agresiones sexuales.

Esta dirección ha desarrollado una labor de formación para profesionales de atención primaria. Para ello diseñó dos talleres. El primero de ellos se tituló Taller hacia la mejora en la prevención, la detección precoz y el abordaje de la violencia doméstica en atención primaria y su objetivo general era mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales de medicina, enfermería y trabajo social de atención primaria en la detección y el abordaje de las mujeres que quizás estén padeciendo situaciones de violencia doméstica.

Los objetivos específicos de este taller fueron los siguientes:

- Aumentar los conocimientos y la comprensión global del fenómeno del maltrato.
- Aumentar la comprensión de las emociones y comportamientos de la mujer maltratada.
- Mejorar la actitud antes casos de sospecha de violencia doméstica.
- Mejorar la habilidad de detección precoz de maltrato doméstico y realización de una adecuada entrevista clínica ante la sospecha de maltrato, evaluar su magnitud, valorando el riesgo físico inmediato, el psicológico y el social.
- Informar sobre los recursos sociosanitarios disponibles.

Su contenido se puede desglosar en los siguientes componentes:

- Concepto y marco de la violencia doméstica; factores de riesgo y vulnerabilidad; habilidades para la detección precoz; identificación de signos y síntomas de sospecha, y consecuencias a nivel psicológico, físico y social.
- Entrevista diagnóstica y exploración, valoración de lesiones y del riesgo inmediato.
- Aspectos médico-legales y actuación en el contexto familiar.
- Recursos básicos sanitarios y sociales.

La duración del taller era de 6 horas, se realizó en cinco ocasiones y se impartió a 107 profesionales.

El segundo de los talleres se tituló Taller avanzado sobre violencia de género y su objetivo general era mejorar el conocimiento, la actitud y el manejo de las emociones que se producen en los profesionales de atención primaria (de enfermería, trabajo social y medicina) en la atención a las mujeres que sufren violencia doméstica (VD) con objeto de mejorar la detección precoz y el abordaje de éstas.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Mejorar en el conocimiento de la actitud y las perspectivas de las mujeres víctimas de VD.
- Mejorar en la comprensión global de los procesos psicológicos y las condiciones de las mujeres que soportan situaciones de VD.

- Mejorar en el conocimiento de las dificultades que pueden tener las mujeres para revelar situaciones de VD.
- Mejorar en el análisis de las emociones que se pueden generar en el/ la profesional ante situaciones de sospecha o confirmación de VD.
- Mejorar en técnicas de autocontrol emocional en los profesionales ante situaciones de VD.
- Mejorar las habilidades para la entrevista psicosocial ante sospecha de una mujer en situación de VD.
- Mejorar las actitudes para el trabajo interdisciplinario ante situaciones de VD.

Los contenidos que se abordaron fueron los siguientes:

- Mitos y microviolencias, y maltrato de larga duración.
- Entrevista sobre el maltrato y apoyo.
- Proceso de recuperación de la experiencia de un maltrato.
- Participación de los profesionales en el problema.

Para inscribirse en este taller, era necesario haber realizado el taller básico. Tuvo una duración de 12 horas y asistieron 23 profesionales.

Otras actuaciones dirigidas a mujeres

Dentro de los centros de atención a las mujeres se realizan las siguientes actividades:

- Prevención y diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino: se realiza cribado oportunista y seguimiento con citación activa desde los centros a las mujeres que presentan patología.
- Atención a las mujeres que ejercen la prostitución. Se colabora con la asociación Abiatze, realizándose actividades educativas y preventivas de ETS (enfermedades de transmisión sexual), prevención de embarazo no deseado, vacunación frente a la hepatitis B, etc.
- Sesiones educativas sobre la menopausia, captando mujeres tanto en consulta como en los centros de salud. Estas sesiones se imparten con material audiovisual elaborado por grupos de trabajo de personal de los centros de atención a las mujeres.

Desde el Instituto de Salud Pública se lleva a cabo el programa de cribado de cáncer de mama dirigido a todas las mujeres residentes en Navarra cuya edad esté comprendida entre los 45 y los 69 años, ambos incluidos. Para mejorar la accesibilidad y posibilitar el acceso a los medios de detección, se dispone de dos centros para la realización de mamografías, uno situado en

Pamplona que atiende a las mujeres de Pamplona y su comarca, y otro en una unidad móvil, que se desplaza por toda la comunidad foral.

Atención a personas inmigrantes

Dentro del Plan Docente del Departamento de Salud se organizó un curso titulado Atención sanitaria a la población inmigrante: factores socioculturales y patología prevalente, dirigido a profesionales de medicina y diplomados(as) en enfermería del sistema sanitario de Navarra, con una duración de 18 horas.

El Instituto Navarro de Salud Laboral ha elaborado un programa para trabajadores extranjeros ya que dentro del II Plan de Salud Laboral de Navarra para el período 2007-2012 se contempla la atención preferente a determinados grupos específicos, entre los cuales se encuentran los trabajadores inmigrantes.

Programa del anciano

La actuación sanitaria está dirigida, sobre todo, a la detección y tratamiento de la enfermedad. Aquellas personas mayores que se encuentran “bien para su edad” no se benefician en un primer momento de los servicios sanitarios y sociales.

Sin embargo, se sabe que las personas mayores, aun estando bien, son con frecuencia frágiles y se benefician de una valoración, un abordaje multidisciplinario y la planificación de sus cuidados.

Por ello, en atención primaria existe un programa del anciano que incluye:

- Identificación de ancianos frágiles: ancianos mayores de 80 años, con soporte social deficitario, caídas, déficit sensorial, incontinencia urinaria, pérdida de peso, deterioro mental, hospitalización reciente, polimedicación o patología crónica.
- Realización de la valoración geriátrica integral a los ancianos frágiles: valoración física, funcional, mental y social.
- Realización de un seguimiento a los ancianos frágiles que permite detectar los principales problemas y elaborar un plan de cuidados multidisciplinario.
- Detección de sobrecarga en los cuidadores.
- Educación en el autocuidado de los cuidadores.

Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

Las tablas 5-8 intentan resumir de forma esquemática y sencilla cuál ha sido la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en Sanidad durante el año 2007 en Navarra.

TABLA 5. Planificación y desarrollo de recursos humanos, 2007 (Navarra)

		Sí/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)
Organización de la formación continuada	Institución u organismo específico	Sí	Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios	Decreto Foral 45/2005, de 24 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Departamento de Salud	Administración del Gobierno de Navarra
	Otro sistema	Sí	Sección de Evaluación y Calidad Asistencial de Atención Primaria. Comisión de Docencia de Salud Mental. Unidad Docente del INSL	No	

Existe un plan docente anual con 60-70 acciones de formación continuada. INSL, Instituto Navarro de Salud Laboral.

TABLA 6. Número de profesionales en atención primaria, 2007 (Navarra)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Medicina familiar y comunitaria	215	189	2	242	160	
Pediatría	27	63	1	53	36	
Enfermería	47	551	54	360	184	
Farmacia	8	12	0	6	14	
Psicología clínica	10	13	0	14	9	Están en salud mental en asistencia especializada
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)	39	69	0	74	34	Están incluidos los médicos y ATS de urgencias
Otros profesionales no sanitarios	88	322	8	318	84	Están incluidos los celadores
Porcentaje de población atendida por equipos de atención primaria: 100 %						
ATS, ayudantes técnicos sanitarios.						

TABLA 7. Número de profesionales en atención especializada, 2007 (Navarra)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Medicina	429	356	3	437	345	
Enfermería	74	1.505	59	1.016	504	
Auxiliar de enfermería	120	1.169	38	725	526	
Farmacia	3	11		8	6	
Otro personal sanitario	143	535	39	487	152	Incluidos FEA/ adjunto de pediatría y los médicos adjuntos de urgencias
Personal no sanitario vinculado	553	1.089	46	1.058	538	Están incluidos los celadores
FEA, facultativo especialista de área.						

TABLA 8. Número de profesionales por especialidades médicas, 2007 (Navarra)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Alergología	2	6	0	7	1
Análisis clínicos	0	18	0	6	12
Anatomía patológica	5	15	0	12	8
Anestesiología y reanimación	30	41	1	43	27
Angiología y cirugía vascular	1	0	0	1	0
Aparato digestivo	13	12	0	15	10
Bioquímica clínica	0	3	0	2	1
Cardiología	16	11	0	10	17
Cirugía cardiovascular	6	2	0	4	4
Cirugía general y del aparato digestivo	37	10	0	20	27
Cirugía maxilofacial	5	1	0	5	1
Cirugía pediátrica	5	0	0	2	3
Cirugía plástica y reparadora	3	1	0	1	3
Dermatología medicoquirúrgica y venereología	5	10	0	8	7
Endocrinología y nutrición	3	8	0	11	0
Farmacología clínica	2	9	0	5	6
Genética	1	2	0	2	1
Geriatría	3	1	0	1	3
Hematología y hemoterapia	5	17	0	14	8
Medicina del trabajo	0	4	0	3	1
Medicina intensiva	16	6	0	12	10
Medicina interna	33	12	0	22	23
Medicina nuclear	1	3	0	1	3
Medicina preventiva y salud pública	6	10	0	15	1
Microbiología y parasitología	3	3	0	3	3
Nefrología	5	2	0	3	4
Neumología	10	4	0	10	4
Neurocirugía	5	1	0	2	4
Neurofisiología clínica	6	4	0	7	3
Neurología	10	8	0	12	6
Obstetricia y ginecología	25	35	1	33	26

Oftalmología	18	14	0	16	16
Oncología médica	3	5	0	8	0
Oncología radioterápica	3	2	0	4	1
Otorrinolaringología	12	10	0	11	11
Psiquiatría	16	15	1	17	13
Radiodiagnóstico	22	28	0	30	20
Radiofísica hospitalaria	4	0	0	2	2
Rehabilitación	4	17	0	15	6
Reumatología	2	3	0	5	0
Traumatología y cirugía ortopédica	59	3	0	26	36
Urología	24	0	0	11	13

Según Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.

Farmacia

La tabla 9 recoge información sucinta con datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria en Navarra en 2007.

TABLA 9. Datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2007 (Navarra)			
		Datos de 2007	Observaciones
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	10.800.901	Tal y como se indica, incluye todo lo dispensado en oficina de farmacia (recetas prescritas por profesionales médicos de atención primaria y de atención especializada)
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	16,18	Calculado en envases de genéricos respecto al total de envases de no genéricos
Gasto farmacéutico*	Gasto farmacéutico total	151.101.588	
	Porcentaje de gasto en genéricos/gasto farmacéutico total	6,95	Calculado en importe a PVP de genéricos respecto al importe a PVP del resto
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**	En el total de recetas dispensadas	1.704.141	A02BC: 693.307 N05BA: 518.164 N02BE: 492.670
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	683.456	A02BC: 409.173 (59,01%) respecto a 693.307 envases del total del grupo C09AA:154.391(57,44%) respecto a 268.750 envases del total del grupo M01AE:119.892 (34,30%) respecto a 349.471 envases del total del grupo

En receta oficial del Sistema Nacional de Salud en oficina de farmacia. *Si se considera el resultado de la siguiente operación: importe total a PVP - aportación de la persona usuaria. ** Si se considera el número de recetas dispensadas y se especifica el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según Real Decreto 1.348/2003. ATC, *Anatomical, Therapic, Chemical*.

Farmacia de atención primaria

Se han editado 5 números del *Boletín de Información Farmacoterapéutica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*. También se han editado 7 fichas de evaluación terapéutica y 6 resúmenes en castellano de 105 artículos publicados en revistas científicas.

Se ha continuado participando en las guías y protocolos que se publican desde la Dirección de Atención Primaria, así como atendiendo las diferentes consultas relacionadas con los medicamentos que efectúan los profesionales sanitarios.

Los farmacéuticos de atención primaria continúan con sesiones farmacoterapéuticas en los equipos de atención primaria (EAP) y asesorando a los gestores de la Dirección de Atención Primaria.

Continúa enviándose mensualmente un *seguimiento presupuestario* y un *perfil global de indicadores de calidad de prescripción* previamente consensuados en el EAP. También se envía información a los médicos y médicas de atención primaria cuando lo solicitan.

Respecto a la participación en el CEIC (comité ético de investigación clínica) y en la evaluación de los estudios postautorización, continúa llevándose a cabo lo mismo, así como en las comisiones de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se continúa trabajando con una herramienta que explota los datos de la prescripción en OMI (oficina médica informatizada) y se empiezan a proponer *indicadores de calidad de la prescripción ligados a proceso y a resultados*.

Farmacia hospitalaria

Entre los hechos especialmente emergentes que deben añadirse en este ejercicio, se destacan los siguientes:

- Incremento significativo en el coste del tratamiento farmacológico de dos patologías concretas por ser cada vez mayor el número de pacientes atendidos (degeneración macular asociada con la edad y amenaza de parto prematuro).
- Aumento de los recursos económicos dedicados a la terapéutica antifúngica, confirmándose así la persistencia y prevalencia de esta patología, emergente en los últimos tiempos.

En el área de la dispensación a pacientes hospitalarios, el volumen presenta una tendencia creciente, aunque moderada, en concordancia con la que manifiesta la asistencia global del hospital.

En el área de farmacotecnia, la actividad que se desarrolla trata, como único objetivo, de cubrir las lagunas terapéuticas existentes en el mercado y que no puedan solucionarse por otro procedimiento.

En el área de nutrición parenteral, tras el fuerte incremento de actividad constatado al inicio de la incorporación asistencial de la Unidad de Dietética y Nutrición del Hospital de Navarra, al parecer se consolida en este ejercicio una línea de crecimiento más moderado y compatible con el aumento propio de la actividad general del hospital. Sin embargo, resulta llamativo y significativo el incremento notable en el número de soluciones de nutrición parenteral, comercialmente ya preparadas demandadas por la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).

La actividad de mezclas iv continúa en progresión de año en año.

El área de atención a pacientes no ingresados sigue con una tendencia de crecimiento continuo y sostenido, tanto por el número de enfermos asistidos y dispensaciones realizadas, como por el valor del gasto económico que representa, lo que parece conforme con la propia naturaleza de la actividad, centrada en atender a tratamientos farmacológicos de carácter crónico, estable y prolongados indefinidamente en el tiempo.

Sistemas informáticos

Todos los médicos de la red tienen acceso, previa identificación, a la historia clínica informatizada. En estos momentos, esta herramienta permite saber qué medicación está recibiendo el paciente de su médico de atención primaria, lo cual es especialmente útil para mejorar la seguridad del paciente y garantizar la continuidad de la asistencia.

Igualmente, el médico de atención primaria tiene acceso a la historia clínica donde queda constancia del informe de alta hospitalaria.

Investigación

La tabla 10 recoge información sucinta acerca de la investigación en Navarra en 2007.

TABLA 10. Investigación, 2007 (Navarra)			
	Sí/no	Observaciones	
Agencia de evaluación de tecnologías	No	Desde 1997 existe un convenio de colaboración con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, con renovación automática anual	
	Sí/no	Número	Observaciones
Comités éticos de investigación clínica (CEIC)	Sí	Evaluados 42 ensayos del SNS-O	Uno para toda la comunidad foral
Proyectos de investigación financiados por el FIS	Sí	2	

FIS, Fondo de Investigación Sanitaria; SNS-O, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Estructura de la Administración Pública de apoyo y fomento de la investigación

Intervienen fundamentalmente los departamentos de Sanidad, Educación e Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo; existen distintas estructuras interdepartamentales:

1. Departamento de Salud:
 - Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
 - Servicio de Investigación, Docencia y Planificación Sanitaria.
 - Plan Estratégico de Investigación de Navarra 2007-2011.
 - Instituto de Salud Pública.
 - Fundación Miguel Servet.
2. Departamento de Educación:
 - Dirección General de Universidades y Política Lingüística.
3. Departamento de Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo:
 - Servicio de Innovación y Tecnología.
 - Agencia Navarra de Innovación.

A continuación, se detallan las estructuras de investigación:

1. Salud:

- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Clínica Universitaria de Navarra.
- Comité Ético de Investigación de Ensayos Clínicos, único para toda la comunidad foral.

2. Educación:

- Universidad Pública de Navarra.
- Universidad de Navarra.

3. Industria: Parque de Innovación de Navarra, parque científico y tecnológico con un enclave específico para la investigación sanitaria:

- Enclave biosanitario en que están ubicados los centros y entidades: CIB (Centro de Investigación Biomédica), CIFA (Centro de Investigaciones en Farmacobiología Aplicada), CIMA (Centro de Investigación Médica Aplicada), CUN (Clínica Universitaria de Navarra), Hospital de Navarra, HVC (Hospital Virgen del Camino), Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, ICT (Instituto Científico y Tecnológico de Navarra) y Digna Biotech.
- Enclave Agrobio, en el cual se llevan a cabo proyectos de investigación relacionados con la salud humana y animal.
- Retecna: red tecnológica que agrupa a los centros tecnológicos e institutos de Navarra.

4. Colaboración intersectorial:

- CIMA: centro tecnológico gestionado por la Fundación para la Investigación Médica Aplicada (FIMA) con actividad de investigación en áreas de salud para conseguir resultados o mejoras tecnológicas significativas. Hay cuatro áreas prioritarias: oncología, neurociencias, terapia génica y hepatología y ciencias cardiovasculares.
- Centro de Investigación Biomédica del SNS-O. Tiene 6 áreas de investigación: cardiovascular, oncológica, digestiva, del sistema nervioso, respiratoria y de atención primaria. Agrupa investigación básica y clínica con el objetivo de ayudar a mejorar la calidad de la asistencia en la red sanitaria.
- Instituto Científico y Tecnológico de Navarra: OTRI (oficina de transferencia de resultados de investigación) de la Universidad de Navarra, entidad encargada de la gestión de la investigación de la UN y la CUN. Actúa de nexo de unión entre investigadores universitarios y empresas.

- Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra: convenio entre el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y la Universidad de Navarra para realizar proyectos cooperativos de investigación biosanitaria.
- Comisión mixta Universidad Pública de Navarra-Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: colaboración en el desarrollo de proyectos de investigación y de transferencia en el ámbito de la ingeniería médico-sanitaria.

Centro de Investigación Biomédica 2007

El Centro de Investigación Biomédica (CIB) está compuesto por dos secciones:

- *Centro de Investigación Biomédica*: comprende el banco de muestras en congelación (banco de tejidos neurológicos y banco de tumores), los laboratorios, el estabulario, el quirófano experimental, la unidad de regeneración neural y los servicios centrales.
- *Unidad de Documentación Gráfica*.

Funciones

Son las siguientes:

- Fomentar el desarrollo de la investigación en ciencias de la salud.
- Participar en la detección de problemas de salud que precisen un tratamiento investigador.
- Garantizar un equipamiento básico de investigación.
- Asesorar en materia de metodología de investigación (expertos en áreas específicas).
- Acoger proyectos de investigación a propuesta de los investigadores del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Posibilitar la formación continuada del personal investigador.
- Asesorar a la dirección general y a sus organismos autónomos en materia de investigación sanitaria.
- Gestionar los recursos de documentación gráfica.
- Gestionar las dotaciones clínico-experimentales y bancos de material biológico.
- Desarrollar las nuevas tecnologías.
- Contribuir a proyectos nacionales e internacionales con otras unidades y redes de investigación.

Líneas de investigación 2007

Son las siguientes:

- *Neurociencias*. Título del proyecto: Proliferación y caracterización neuroquímica de las neuronas dopaminérgicas del bulbo olfatorio en pacientes con α -sinucleopatías
- *Oncología*. Título del proyecto: Análisis de la correlación entre el patrón molecular de los genes CDH-1 y SIAH-1 y las características clínicas y anatomopatológicas de pacientes navarras con carcinoma ductal de mama.
- *Oncología*. Valoración de las alteraciones genéticas de p53, p14 y MSI, y de los niveles de topoisomerasa I, topors y carboxilesterasa 2 como factores predictivos de respuesta tumoral al tratamiento con irinotecán en pacientes con cáncer colorrectal avanzado.
- *Oncología*. Infección por el virus del papiloma humano: estudio de la diversidad de tipos en Navarra.
- *Oncología*. Estudio del valor predictivo de alteraciones moleculares en la respuesta al tratamiento oncológico de tumores cerebrales de alto grado.
- *Riesgo Vascular Navarra 2004*. Estudio de la prevalencia de los factores de riesgo y del síndrome metabólico (SM), su asociación con las lesiones arterioscleróticas subclínicas y su impacto sobre la enfermedad cardiocerebrovascular a los 10 años.
- *Cirugía*. Factibilidad de la resección anterior baja de recto laparoscópica: comparación de reconstrucción con dos tipos de reservorios.
- *Aparato digestivo*. Estudio sobre hemorragias digestivas en pacientes anticoagulados.

Técnicas de laboratorio

En los laboratorios del CIB se ha realizado tratamiento de muestras, extracción y digestión de ácidos nucleicos, electroforesis, PCR (*polymerase chain reaction*, reacción en cadena de la polimerasa) RLB (*reverse line blot*), MS-PCR (*mutagenically separated PCR*), PCR cuantitativa, tinciones e inmunohistoquímica y cultivos celulares con 13 líneas celulares; en total, 9.952 acciones.

Banco de muestras

Banco de tejidos neurológicos

El banco de tejidos neurológicos ha funcionado en 2007 como un banco combinado, en el cual profesionales de Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), Clínica Universitaria (CUN) y Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) realizan trabajos de investigación en enfermedades neurodegenerativas gracias a la donación de tejidos *postmortem*.

La actividad en el banco de tejidos neurológicos ha consistido en:

- Recepción y realización del protocolo de congelación adecuado de 34 donaciones.
- Tallado, fotografías macroscópicas, microscópicas y estudio neuropatológico con su correspondiente informe neuropatológico.
- Inclusión de las muestras en bloques de parafina.
- Realización de cortes para tinción con hematoxilina-eosina de cada uno de los bloques. Puesta en marcha de tinciones de histoquímica (Luxol-Nissl).
- Realización de cortes para estudio inmunohistoquímico de forma estándar, así como aquellos que se consideren necesarios en cada caso en particular.
- Inmunohistoquímica (IHQ): realización de la técnica de β -amiloide, τ -, α -sinucleína y cadena B de α -cristalina. Incorporación de nuevas técnicas de IHQ: tau 3R, tau 4R, ubicultina y TDP43.
- En el contexto del trabajo de un banco integrado en una red nacional, se han remitido muestras a dos equipos investigadores nacionales, uno de ellos en colaboración con un equipo internacional, previa solicitud de cesión de muestras para la realización de trabajos de investigación en neurociencias.

Asimismo, el personal del banco participa en las sesiones quincenales del Comité Neurooncológico del Hospital de Navarra y en las sesiones de demencias celebradas en el Colegio de Médicos con la presentación de casos para estudio y su discusión.

Banco de tumores

A lo largo del año 2007 y en el marco de los proyectos de investigación desarrollados en el Centro de Investigación Biomédica, se ha continuado con la recogida de muestras de tumores de mama de más de 2,5 cm de diámetro (8), tumores de colon (36) y tumores cerebrales (38), en colaboración con los Servicios de Anatomía Patológica, Cirugía General y Digestiva y Neurocirugía del Hospital de Navarra. Se ha recogido sangre para la posterior extracción de ADN y de suero de dichos pacientes.

Muestras del proyecto de riesgo vascular

Se ha continuado con la recogida de muestras en el proyecto en riesgo vascular mencionado anteriormente, en colaboración con el Servicio de Docencia e Investigación del Departamento de Salud. Concretamente se

han recogido muestras de suero, plasma y ADN (310).

Quirófano experimental

En el quirófano experimental se han desarrollado los siguientes cursos:

- Entrenamiento en técnicas de urgencia en animal anestesiado.
- Adiestramiento práctico en cirugía laparoscópica.
- Soporte vital avanzado en trauma.
- Adiestramiento práctico en cirugía laparoscópica.
- Técnicas básicas de sutura y procedimientos de cirugía menor.

Asimismo, se han desarrollado prácticas de microcirugía por parte de los Servicios de Cirugía Maxilofacial y Cirugía Plástica del Hospital Virgen del Camino, en sesiones distribuidas a lo largo del año 2007.

Asesoría en investigación

En 2007, el grupo de expertos en metodología de investigación ha realizado cuatro asesorías. El trabajo realizado comprende diseño metodológico, cálculo del tamaño muestral o explotación/interpretación estadística de datos de diferentes actividades de investigación, solicitadas por los investigadores del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Sistemas de información sanitaria

En la tabla 11 se recoge información sucinta acerca de sistemas de información sanitaria en Navarra en 2007.

TABLA 11. Sistemas de información sanitaria, 2007 (Navarra)					
			Autopercepción de un estado de salud bueno o muy bueno en mayores de 16 años (%)		
	Sí/no	Año(s) en que se ha realizado	Hombres	Mujeres	Observaciones
Encuestas de salud	Sí	2007	74,2	68,3	Módulo sobre salud en la Encuesta de Condiciones de Vida 2007. Instituto de Estadística de Navarra
					En los últimos 12 meses

Extensión de ISIS a todos los centros de Salud de Navarra

El sistema ISIS (indicador sintético de información sanitaria) de la empresa Cymap comprende una metodología de trabajo para la medición de la atención primaria y una aplicación informática como herramienta de apoyo y de trabajo que satisface los requerimientos planteados por la Dirección de Atención Primaria.

Una de las principales cualidades de ISIS es el hecho de que es un lenguaje común para gestores y profesionales y, a partir de su uso, puede mejorar el entendimiento de los dos estamentos sin perder la singularidad y libertad en cada uno de ellos.

Su tendencia finalista, por trabajar contra la meta epidemiológica y poblacional de *resolver las necesidades sanitarias existentes de una forma equitativa, accesible y eficiente*, y por apoyarse siempre en un *indicador de sesgo controlado (qué × cómo/cuánto)*, le confiere un equilibrio notable a la interpretación de la información y a la orientación de los comportamientos sanitarios.

Sin duda alguna, también son interesantes las siguientes cualidades conceptuales del proyecto ISIS basado en:

1. La meta explícita de *resolver las necesidades sanitarias existentes*, en base epidemiológica y poblacional.
2. En la medición del 100 % de la actividad de la atención primaria, medida en *episodios de atención*.
3. Además de la medición de la *efectividad*, por conocer la definición de *episodio “resuelto”*.
4. En la orientación asistida e interpretada del *comportamiento clínico*.
5. En la *excelencia de la organización*, por reconocer las claves de *competencia organizacional y profesional* que la soportan.
6. En la unión de la información del hospital y de la atención primaria, en el *episodio de enfermedad*.
7. En la utilización de indicadores de futuro de óptimo global (p. ej., coste por habitante) frente a indicadores de pasado de óptimo local (p. ej., coste por proceso).
8. En la utilización de un *indicador de sesgo controlado (ISIS = qué × cómo/cuánto)*.

Calidad

Acreditaciones

En julio de 2007, el Servicio de Oncología Médica del Hospital de Navarra recibió la acreditación para la docencia de médicos internos residentes (MIR) en oncología médica.

El Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra obtuvo en julio de 2006 la certificación del sistema de calidad del centro por Aenor (Asociación Española de Normalización y Certificación). En septiembre de 2007 se realizó la auditoría de seguimiento. En abril de 2007 fue acreditado por el Comité de Acreditación en Transfusión Sanguínea de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia. Tiene acreditación de la EFI (European Federation for Immunogenetics) para el laboratorio de HLA (histocompatibilidad) que se audita anualmente.

El Banco de Sangre de la Comunidad Foral de Navarra ha obtenido la certificación ISO 9000.

La sección del laboratorio del ISP (Instituto de Salud Pública) está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (Enac), bajo la norma UNE EN ISO 17025: Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración.

El laboratorio del ambulatorio Solchaga consiguió en 2005 la certificación ISO 9001:2000; desde entonces han superado dos auditorías de seguimiento y han superado también la de renovación.

Guías de práctica clínica

Atención primaria editó en 2007 las siguientes guías:

- *Diabetes mellitus de tipo 2 en atención primaria. Guía de actuación, 2.ª edición.* Esta patología se contempla dentro del Plan de Riesgo Cardiovascular de la HCI-AP (OMI-AP, oficina médica informatizada para atención primaria).

Para su difusión a los profesionales se realizó la siguiente actividad de formación continuada: Protocolo de diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. Guía de actuación (curso de 3 horas de duración del que se realizaron seis ediciones a las cuales asistieron 118 profesionales médicos y de enfermería).

- *La lumbalgia en atención primaria. Guía de actuación. Actualización 2007.* Se creó el protocolo de lumbalgia en la HCI-AP (OMI-AP). Para su difusión a los profesionales se realizó la siguiente actividad de formación continuada: Protocolo de la lumbalgia en atención primaria (curso de 2,5 horas de duración del cual se realizaron siete ediciones a las cuales asistieron 122 profesionales médicos).
- *Manejo del paciente con fibrilación auricular en atención primaria. Junio de 2007.* Para su difusión a los profesionales se realizó la siguiente actividad de formación continuada: Actualización en el manejo de fibrilación auricular en atención primaria (sesiones en siete equipos de atención primaria de 1,5 horas de duración en las cuales participaron 120 profesionales médicos y de enfermería). Se continúan realizando sesiones de implantación durante el año 2008.
- *Lactancia materna, 2007.* Para su difusión a los profesionales se realizó la siguiente actividad de formación continuada: Promoción de la lactancia materna en el ámbito de atención primaria (una sesión de 3 horas de duración en que participaron 29 pediatras y otra sesión de 3,5 horas en que participaron 41 enfermeras de pediatría).

Seguridad de los pacientes

En diciembre de 2007 se firmó un *convenio de colaboración* entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.

Se han puesto en marcha las *Comisiones de Garantía de Calidad* en radioterapia, radiodiagnóstico y protección radiológica y medicina nuclear.

Diferentes servicios han incluido en el año 2007 objetivos de seguridad en sus *pactos de gestión* (p. ej., Hospital de Navarra con objetivos en servicios de anestesia, cirugía general, traumatología, medicina intensiva, etc.).

En *investigación*, el Hospital Virgen del Camino ha participado en un proyecto FIS que realiza una encuesta de percepción del clima de seguridad en una muestra de 25 hospitales del Sistema Nacional de Salud.

El Hospital de Navarra ha colaborado con la Universidad de Murcia en un estudio sobre prácticas seguras y percepción de los profesionales y atención primaria ha colaborado con el MSC sobre efectos adversos en atención primaria.

En *docencia*, el Departamento de Salud ha organizado el Curso Básico de Seguridad del Paciente y el Seminario sobre Seguridad del Paciente y Responsabilidad Profesional Sanitaria.

Atención Primaria realizó un curso sobre Pacto de Gestión Clínica y Planes de Mejora de Calidad, un curso de gestión de la calidad asistencial para los residentes en medicina familiar y comunitaria y dos talleres de seguridad de los pacientes.

Diferentes profesionales de asistencia especializada y atención primaria han participado en los cursos organizados por el MSC (*on-line y master*).

El Hospital Virgen del Camino tiene un registro de notificación de *efectos adversos a fármacos* (entorno *web*). Está establecido el sistema de farmacovigilancia de Navarra que es evaluado anualmente, se realiza el análisis de los efectos declarados y se realiza un informe anual con difusión de éste.

Tanto en la intranet del SNS-O, como asimismo en la *web* propia del Hospital de Navarra existen apartados específicos en los cuales se recogen las principales alertas de seguridad y enlaces con sitios relacionados con la seguridad del paciente (p. ej., Agencia de Calidad del MSC, AHRQ [*Agency for Healthcare Research and Quality*], etc.).

Durante 2007, en materia de prevención de fracturas por caídas, se ha procedido a realizar una notable inversión económica con objeto de garantizar que todas las camas de hospitalización cuenten con las adecuadas medidas de seguridad para evitar la caída de los pacientes.

Respecto a la prevención de la infección de la herida quirúrgica, todos los hospitales realizan un estudio de prevalencia de infección nosocomial (EPINE).

En 2007, no se notificó ningún suceso de *intervención quirúrgica en sitio erróneo*.

Los servicios de medicina preventiva y gestión de la calidad han continuado sus acciones formativas entre diferentes colectivos profesionales en materia de *lavado de manos*. Se han procedido a reformas estructurales puntuales con objeto de mejorar los puntos de lavado de manos disponibles. Los carros de curas disponen de soluciones alcohólicas.

En materia de *prevención de úlcera por presión* existen protocolos de cuidados de enfermería revisados y actualizados. Se realiza valoración de pacientes en las áreas de mayor riesgo y ha sido incluido como objetivo de pacto de gestión en el servicio de geriatría.

Para prevenir los *errores de medicación*, la dispensación mediante unidosis está generalizada en todos los hospitales del SNS-O.

La prescripción electrónica se realiza en los hospitales Virgen del Camino, Tudela y Estella a través de la HCE (historia clínica electrónica).

En el Hospital de Navarra no existe prescripción electrónica, pero existe un sistema de gestión de farmacia que permite identificar individualizadamente los fármacos dispensados a cada paciente.

En la historia clínica electrónica del paciente están recogidas y figuran de forma claramente visible la existencia de alergias o interacciones medicamentosas (tanto en atención primaria como en atención especializada).

La dispensación en los centros de salud se realiza mediante receta electrónica.

Todos los hospitales del SNS-O disponen de vademécum actualizado y accesible.

Todos los hospitales del SNS-O tienen constituidas comisiones de farmacia y de infecciones y política de antibióticos.

Se ha mejorado la distribución de medicamentos desde la farmacia hospitalaria hacia las plantas con la adquisición de nuevos carros de farmacia.

Se mantiene la *web* de declaración de efectos adversos a medicamentos en el HVC.

En atención primaria se realizan cursos de formación en uso racional del medicamento y se siguen protocolos revisados sobre medicación en carros de urgencias, botiquín y almacén del EAP.

Respecto a la *seguridad y trazabilidad transfusional* existe un protocolo normalizado para la administración de transfusiones de sangre y componentes sanguíneos. Existe un subsistema de registro de efectos adversos asociados con la transfusión sanguínea que registra mayor número de sucesos que la explotación a través de CMBD (conjunto mínimo básico de datos).

Respecto a la *prevención de la morbimortalidad evitable en el paciente politraumatizado*, se ha realizado un protocolo sobre atención inicial al trauma grave o potencialmente grave en Navarra.

Las historias clínicas en formato convencional (papel) presentan una identificación si el paciente tiene registradas *voluntades anticipadas*.

Gestión de listas de espera

Siguiendo con los objetivos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en cuanto a la progresiva reducción de las listas de espera de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, de consulta o de realización de pruebas complementarias diagnósticas, durante 2007 se han continuado aplicando las medidas oportunas para su consecución.

La actividad asistencial en la comunidad foral ha ido incrementándose de forma paulatina en los últimos años.

La actividad quirúrgica programada con anestesia general durante el año 2007 ha presentado un leve incremento del 0,5 % respecto al año anterior, pasando de 25.443 pacientes en 2006 a 25.565 en 2007.

Gracias al plan de choque de 2006 y a la continuación de la aplicación de las mismas medidas en 2007, la lista de espera quirúrgica se ha visto reducida el 6 %, pasando de 8.166 pacientes en espera en 2006 a 7.726 pacientes a finales de diciembre de 2007. Además, cabe reseñar la mejora en la espera media de estos pacientes en espera de intervención quirúrgica programada y con anestesia general, que pasó de 71 días de media en enero de 2007 a 67 días en enero de 2008.

En cuanto a consultas externas, la actividad ha pasado de 327.310 primeras consultas en 2006 a 330.061, con un incremento del 1 % en el año

2007, respecto a año 2006. La lista de espera de primera consulta, a mes de diciembre, ha pasado de 34.747 en 2006 a 41.996 en 2007, con una espera media que ha pasado de los 32 días en 2006 a los 35 días en 2007.

Las pruebas complementarias, a consecuencia del incremento del número de consultas y de la actividad quirúrgica, han obligado a su utilización continuada, en jornada de mañana y tarde, a fin de que los diferentes procesos no se vean interrumpidos o ralentizados a causa de las pruebas diagnósticas. Además, se han continuado utilizando los servicios de unidades móviles de resonancia magnética y de TC (tomografía computarizada) para acercar este tipo de estudios a los hospitales comarcales de Tudela y Estella y a las cabeceras de comarca para evitar que la población de dichas zonas tenga que viajar hasta Pamplona. También se han utilizado los recursos de los servicios de radiodiagnóstico de hospitales concertados (Clínica Universitaria de Navarra y Clínica San Miguel).

Participación

En la tabla 12 se recoge información sucinta sobre participación en Navarra en 2007.

TABLA 12. Participación, 2007 (Navarra)			
	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Sí	Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud	Recoge el derecho a la libre elección de médico general, pediatra y psiquiatra
		Decreto Foral 224/1994, de 28 de noviembre	Regula el derecho de libre elección de médico general y médico pediatra en atención primaria
		Decreto Foral 241/1998, de 3 de agosto	Sobre atención y seguimiento personalizados en la asistencia sanitaria especializada y elección de médico especialista por los médicos de atención primaria del SNS-O
		Decreto Foral 122/2002, de 10 de junio	Ampliación del derecho a la libre elección de médico general y pediatra y se desarrolla el derecho a la libre elección de especialista en obstetricia y ginecología en los CAM
Segunda opinión	Sí	Decreto Foral 241/1998, de 3 de agosto	Recoge el derecho a la segunda opinión
Acceso a la historia clínica	Sí	Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo	Regula el derecho de los pacientes al acceso a la documentación clínica
Consentimiento informado	Sí	Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo	Regula el derecho a la información y el consentimiento informado
Instrucciones previas/últimas voluntades	Sí	Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo	Regula el derecho del paciente a las voluntades anticipadas
		Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio	Regula el registro de voluntades anticipadas
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas con la discapacidad	Sí	Recogidas en el Artículo 3 de la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo	
Procedimiento de reclamación y propuesta de sugerencias	Sí	Decreto Foral 204/1994, de 24 de octubre	Establece el procedimiento de reclamación y de propuesta de sugerencias de los ciudadanos respecto al sistema sanitario de la Comunidad Foral de Navarra

	Si/no	Cuantía dedicada en 2007 (en euros)	Número de asociaciones subvencionadas en 2007	Referencia normativa convocatoria
Subvenciones a asociaciones de pacientes	Si	621.342	39	Resolución 2.466/2006, de 18 de diciembre Resolución 947/2007, de 30 de mayo Resolución 843/2007, de 14 de mayo

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. CAM, centros de atención a la mujer; SNS-O, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Durante el año 2007, no ha habido desarrollo legislativo relacionado con la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Descripción de experiencias innovadoras

Programa Consejos educativos eficaces en estilo de vida

Cuando se presentó la guía de prevención cardiovascular en los años 2004 y 2005 en los centros de salud, se señaló la importancia del abordaje de los estilos de vida como la actuación potencialmente más beneficiosa y de mayor impacto en salud en la población.

Por un lado, hay conciencia de la dificultad que los profesionales sanitarios tienen para realizar una educación en estilos de vida saludables efectiva por falta de tiempo, poca formación, resultados dudosos (dificultad en el control de peso, recaídas en la cesación tabáquica, etc.). Sin embargo, por el otro, se ha demostrado que el consejo educativo, sobre todo si está acompañado de material escrito, es eficaz para conseguir cambios en los estilos de vida.

Teniendo en cuenta la necesidad de apoyar el trabajo en este sentido, la Dirección de Atención Primaria en colaboración con el Instituto de Salud Pública (ISP) diseñaron el programa Consejos educativos sobre estilos de vida saludables en los centros de salud de Navarra, que se ha llevado a cabo durante los años 2005-2007.

Todos los profesionales sanitarios de medicina y pediatría y los trabajadores sociales de los centros de salud de Navarra han sido la población diana.

Este programa ha incluido las siguientes *acciones*:

1. Taller Cómo dar consejos educativos eficaces en estilos de vida saludables, de 90 a 120 minutos de duración, en cada uno de los centros de salud.

Antes de iniciar los talleres en los centros de salud, se diseñó el taller Formación de formadores en consejos educativos sobre estilos de vida y se llevó a cabo una jornada de profundización, dirigida a los profesionales que iban a realizar las sesiones de formación. Tuvo una duración de 6 horas y media, y el objetivo general fue realizar un entrenamiento en recursos y habilidades para la preparación y realización de las sesiones en los centros de salud.

Se grabó un vídeo con todo el proceso de cómo dar consejo sistemático como material de apoyo para los talleres.

2. Coincidiendo con el taller, se ofertó la colocación de expositores en las consultas para ordenar los materiales escritos (fundamentalmente, folletos) del Instituto de Salud Pública.

3. Se buscó un procedimiento para la reposición de estos folletos, intentando que la petición de nuevos materiales se integrara en el mismo circuito que el resto de los materiales necesarios en consulta.
4. Se envió una encuesta a todas las jefas de enfermería para conocer la utilización de material escrito de información sanitaria en el centro que se ha repetido tras finalizar el programa.
5. Se envió el catálogo de materiales de promoción de salud disponibles en el Instituto de Salud Pública a la dirección del centro de salud y posteriormente a todos los profesionales.
6. Se incluyó dentro de Plan de Riesgo Cardiovascular de la HCI de Atención primaria (OMI-AP) ítems que hacían referencia al hecho de haber proporcionado consejo y folleto en dieta, ejercicio y estrés a los pacientes en prevención primaria y secundaria de riesgo vascular. En el tema del tabaco ya estaba señalado.

Los indicadores de seguimiento fueron los siguientes:

- Número de sesiones realizadas: 47.
- Porcentaje de centros de salud que han participado en este taller: $50/54 = 0,93$ (93 %).
- Porcentaje de profesionales de medicina, pediatría, enfermería y trabajo social que han participado: $692/876 = 0,79$ (79 %).

Programa Promoción de la lactancia materna

Las actividades de promoción de la lactancia materna están soportadas legalmente por la Orden Foral 4/2004, de 28 de enero, de la Consejera de Salud, por la que establece la Comisión Asesora Técnica para la Promoción de la Lactancia Materna en Navarra y por la Resolución del Parlamento de Navarra, de 12 de junio de 2002, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra número 67, de 17 de junio de 2002.

Se formó un grupo de trabajo dependiente de la Dirección de Atención Primaria (DAP), que ha realizado las actividades en el ámbito de ésta, en colaboración con los centros de atención a la mujer y con los hospitales.

El objetivo de todas estas acciones es *promocionar la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida como modo ideal de alimentación de nuestros lactantes* y promocionar que a partir del sexto mes se continúe la lactancia materna en combinación con otros alimentos adecuados hasta los 2 años de edad o más.

Se han realizado las siguientes actividades:

1. Realización de cursos de actualización para los profesionales sanitarios.

2. Elaboración de un decálogo a modo de póster titulado Lactancia materna exclusiva de 6 meses: ¿por qué en el siglo XXI?, en el cual se muestran esquemáticamente algunas de las ventajas que presenta la lactancia materna exclusiva (LME) para la salud de la madre y del bebé (medicina basada en la evidencia). Se ha dotado de dicho decálogo para que se exponga a todos los centros de salud y en todos los centros de atención a la mujer de modo permanente.
3. Elaboración de tres carteles en castellano/euskera en los cuales se anima a lactar al pecho exclusivamente durante los 6 primeros meses de la vida del niño.
4. Elaboración de dos trípticos divulgativos bilingües (euskera/castellano) en que se dan consejos muy sencillos sobre cómo amamantar con éxito desde el primer día y en que se recuerda la recomendación de los organismos internacionales acerca de la idoneidad de la LME durante los 6 primeros meses de vida. La población diana son las madres que acuden a las clases de preparación al parto y todas las púerperas que optan por la lactancia materna.
5. Elaboración de un vídeo demostrativo de cómo se realiza un correcto amamantamiento, en diferentes posturas, que está siendo utilizado en las clases de preparación al parto, así como en el posparto por parte de los profesionales de Salud, como apoyo a su trabajo.
6. En la guía del profesional (*La lactancia materna: tu mejor herencia*), elaborada por el SNS-O, se incluye un capítulo acerca de la evidencia científica existente sobre este hecho, así como una extensa bibliografía donde periódicamente se pueden actualizar los conocimientos al respecto. Esta guía, aparte de haberse impreso, también se ha colgado en la intranet sanitaria del SNS-O.
7. Elaboración de un dossier sobre recursos divulgativos sobre lactancia materna existentes a disposición del personal del SNS-O, que se ha colgado de la intranet del SNS-O.
8. Adecuación de la historia clínica informatizada en lo referente a la lactancia materna. Se han modificado varios aspectos referentes a la lactancia materna en la HCI (OMI clínica), concretamente en el protocolo de la visita domiciliaria y en la revisión pediátrica de 0-2 años. Las modificaciones incluidas hacen referencia al tipo de lactancia, motivo de abandono, deseo materno de lactar al pecho, presencia de patología mamaria, ingesta materna de fármacos/fitoterapia y el recordatorio de la necesidad de suplementos de yodo maternos mientras continúe la lactancia.
9. Divulgación de la existencia y las actividades de los grupos de apoyo a la lactancia materna.
10. Colaboración activa con ellos.

Cribado de la retinopatía diabética con retinografía no midriática con lectura por parte de los profesionales de medicina de atención primaria

Introducción

La prevalencia de la diabetes mellitas de tipo 2 (DM2), la más frecuente en España, se estima entre el 6 y el 10,3 % de la población entre 30 y 89 años. La retinopatía diabética es la segunda causa de ceguera en países desarrollados y la primera en personas de 25 a 74 años. Se acepta una prevalencia media de retinopatía diabética en el 40 % de las personas diabéticas.

Justificación

Las limitaciones actuales para el cribado y diagnóstico de retinopatía de toda la población que padece diabetes son manifiestas. Las guías de práctica clínica recomiendan el cribado anual de la retinopatía diabética, lo que incide en la sobrecarga asistencial a la que están sometidos los oftalmólogos.

El examen de fondo de ojo (FO) con cámara no midriática es el recomendado por las últimas guías de diabetes mellitus editadas (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines 2003 y New Zealand Guideline Management of type 2 Diabetes 2003) como método de cribado.

Existen estudios de coste-efectividad en nuestro medio que han demostrado que la utilización de una cámara de retina no midriática es más eficiente que otros medios para la detección temprana de la retinopatía diabética.

Actualmente, la realización e interpretación de las imágenes de FO con cámara no midriática se realizan en atención especializada. Es razonable pensar que sería muy útil la aplicación de un nuevo modelo para la detección de la retinopatía diabética en atención primaria.

Objetivo principal

El principal objetivo es evaluar la validez de un sistema de cribado de la retinopatía diabética, con la interpretación de las imágenes realizadas con el retinógrafo no midriático por parte de médicos de atención primaria.

Objetivos secundarios con la implantación del modelo en atención primaria

Son los siguientes:

- Promover la integración de actividades preventivas en las consultas de atención primaria.
- Mejorar la capacidad de resolución de atención primaria.
- Mejorar el acceso desde atención primaria a pruebas diagnósticas.
- Ahorrar en costes económicos para los servicios sanitarios públicos.
- Mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada a través de la telemedicina.

Ámbito de trabajo

Hay un plan de coordinación entre atención primaria y atención especializada. El grupo de trabajo está formado por oftalmólogos(as) del Servicio de Oftalmología del Hospital de Navarra, médicos(as) de atención primaria e ingenieros(as) expertos(as) en telemedicina de la Universidad Pública de Navarra.

Metodología de trabajo

Dicha metodología se ha estructurado de acuerdo con las siguientes fases:

1. Primera fase.

- *Revisión bibliográfica:* búsqueda bibliográfica que incluya aspectos de investigación sobre retinopatía diabética y cribado y sobre aspectos organizativos de nuevos servicios en atención primaria.
- *Formación de los facultativos de atención primaria:* adiestramiento de cuatro facultativos de atención primaria, procedentes de centros o áreas de salud diferentes, en la interpretación de las retinografías de pacientes diabéticos.

Se distinguen las siguientes etapas de formación:

- *Primera:* dos sesiones teóricas, de 2 horas de duración cada una, en las cuales se explicó la etiopatogenia de la retinopatía diabética y los signos más importantes de esta patología en el fondo de ojo. Se realizó en septiembre de 2006.
- *Segunda:* cada uno de los participantes asistió a dos sesiones, de 4 horas de duración cada una, en las cuales especialistas en

oftalmología evaluaban e informaban acerca de retinografías no midriáticas de pacientes diabéticos. Se realizó entre septiembre y octubre de 2006.

- *Tercera* (formación *on-line* tutorizada): los cuatro participantes completaron su formación mediante un material multimedia en el cual se incluyeron 200 casos de pacientes diabéticos con y sin retinopatía.

2. *Segunda fase*: evaluación de la concordancia en la interpretación de las retinografías (primer semestre de 2007).

En esta fase se evaluó la concordancia en la interpretación de las retinografías entre oftalmólogos y médicos de atención primaria en el estudio. Para ello, los facultativos de atención primaria analizaron una base de datos, con imágenes retinianas de pacientes diabéticos, previamente interpretadas e informadas por oftalmólogos. Las imágenes correspondían a 200 ojos diferentes y se han entregado 5 imágenes de cada ojo en diferentes posiciones, con lo que el número total ha alcanzado las 1.000 imágenes. Se estima como adecuado un porcentaje de desacuerdo del 15 % con una precisión del 5 % ($\pm 5\%$) con un nivel de confianza del 95 %. Esta estimación de un índice de concordancia (Kappa) del 85 % es considerada casi perfecta en la clasificación de Landis y Koch. Para cada uno de los 200 ojos, los participantes han establecido como posible diagnóstico: no retinopatía diabética, retinopatía diabética o fondo no valorable.

Los cuatro profesionales de medicina consiguieron una concordancia superior al 85 % con el oftalmólogo, por lo que se considera que han superado con éxito la evaluación prevista al final de la actividad de formación.

3. *Tercera fase*. Dado el buen resultado de la fase anterior, se ha realizado el diseño y puesta en marcha del nuevo servicio de cribado de retinopatía diabética, realizado con retinografía no midriática desde los centros de atención primaria en coordinación con atención especializada.

Los cuatro profesionales de medicina de atención primaria han comenzado la lectura de los fondos de ojo solicitados por atención primaria en pacientes con diabetes mellitus en diciembre del 2007.

Proyecto de mejora organizativa en atención primaria

Fruto del acuerdo de 30 de marzo de 2007, alcanzado entre la Dirección de Atención Primaria, la Plataforma 10' y la Snamfap (Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Atención Primaria), se ha puesto en marcha un plan de actuaciones en equipos de atención primaria de Navarra que ha conllevado un significativo incremento de las plantillas y la elaboración de un plan de mejora de la organización asistencial que, a finales de octubre, se implantó en cinco centros piloto: los centros de salud de Ermitagaña, Villava, Ansoáin, Tafalla y Tudela Oeste.

El citado acuerdo fijaba como objetivo el hecho de avanzar hacia determinados ratios de TSI (tarjetas sanitarias individuales) por profesional de cada estamento, en todos los centros de Navarra, y establecía un ratio específico de personal administrativo en el caso de los equipos de atención primaria en que se implante el nuevo modelo organizativo (tabla 13).

TABLA 13. Compromisos y objetivos de ratios medios por equipo, 2007 (Navarra)

Acuerdos de 30 de marzo de 2007		Número medio de TSI por profesional			
		Médico(a) de familia	Pediatra	Enfermera	Administrativo(a)
Compromisos	Media global de centros urbanos	1.500	1.000	1.500	2.500
	Máximo en un centro de salud*	1.600	1.000	1.600	2.500
	Equipos de atención primaria con nuevo modelo organizativo	-	-	-	2.000

* TSI reales y estandarizadas. TSI, tarjeta sanitaria individual.

En el conjunto de Navarra, el acuerdo de 30 de marzo implicó incrementar la plantilla en 12 médicos de familia, 5 pediatras, 12 enfermeras y 9 administrativos. En el caso de los cinco centros piloto, el incremento de personal ha significado aumentar el 12 % del número de profesionales (el 22 % en el caso del personal administrativo y el 11 % en el de médicos y enfermeras).

El proyecto de mejora organizativo se ha diseñado con el consenso de las principales asociaciones profesionales de médicos de familia, pediatras y enfermeras de atención primaria.

El *objetivo general* del proyecto de mejora es el siguiente: “Desarrollar nuevos modelos organizativos del proceso asistencial que respondan a las necesidades de los ciudadanos, que favorezcan el desarrollo de todos los profesionales y se orienten a la mejora de los resultados de la organización, medidos en términos de calidad integral (calidad técnica + calidad percibida + eficiencia)”.

A corto plazo, el proyecto de mejora persigue los siguientes *objetivos específicos*:

- Garantizar una accesibilidad adecuada a los distintos servicios del centro de salud.
- Mejorar la agilidad y desburocratizar la atención para reducir el número de desplazamientos al centro de salud.
- Asegurar un tiempo de atención por paciente adecuado y que permita incrementar la información que se facilita al paciente sobre su proceso.
- Diversificar la oferta de servicios para adaptarla a los distintos tipos de demandas y expectativas de los pacientes.
- Modalidad de atención adecuada para cada tipo de proceso.
- Atención por el profesional idóneo.
- Promover el autocuidado e incrementar la autonomía e implicación del paciente en su proceso de enfermedad.
- Impulsar el desarrollo profesional y la distribución adecuada de cargas de trabajo.

Para lograr los objetivos perseguidos se han puesto en marcha, entre otras, las siguientes *acciones*:

- Mejorar la comunicación telefónica, ampliando las líneas e incorporado un sistema de centralita inteligente para reducir el número de intentos de llamada necesario para establecer una comunicación efectiva.
- Dotar al personal administrativo de nuevas capacidades, criterios e instrumentos para que puedan realizar una labor de filtro y orientación al paciente para resolver sus necesidades de la manera más ágil y eficiente. Se promueve un nuevo algoritmo de citación basado en necesidades.
- Diversificar los canales para pedir una cita con antelación: por correo electrónico, por teléfono o dejando un mensaje en el buzón de voz. Próximamente, también podrá llevarse a cabo a través de internet.
- Rediseño de las agendas de los profesionales con los siguientes objetivos:
 - Establecer el número adecuado de huecos reservados para garantizar la cita en el día siempre que sea necesaria, etc.

- Establecer en agenda tiempos específicos para la atención de consultas telefónicas y actos no presenciales.
- Establecer los colchones oportunos para permitir la interderivación y asegurar un tiempo medio de 10 minutos en consulta médica.
- Compartir pacientes entre el médico y la enfermera con objeto de garantizar consultas de alta resolución.
- Establecer en agenda un tiempo para el trabajo personal (1 hora al día).
- Establecer en la agenda un tiempo específico para garantizar la coordinación entre el médico y la enfermera de cada una de las unidades básicas asistenciales.
- Establecer en agenda tiempos específicos para actividades docentes, ciclos de mejora, reuniones de equipo, etc. (3 horas semanales).
- Incrementar significativamente el porcentaje de consultas telefónicas y no presenciales.
- Eliminar o reducir los trámites burocráticos innecesarios en la consulta. Generalizar en todos los centros y cupos el procedimiento administrativo de renovación de recetas y de IT entre dos revisiones clínicas por el Servicio de Admisión.
- Eliminar trámites innecesarios de visado. En los casos que así lo requieren, se habilita el visado permanente de las recetas, del transporte sanitario o de la derivación periódica a centros concertados.
- Incrementar el porcentaje de trámites administrativos que se resuelven a través del teléfono y directamente por el personal de admisión.
- Reducir la espera en sala para ser atendido.
- Asegurar que los pacientes salgan del centro con la cita para la próxima revisión y promover la autocita por el propio personal sanitario.
- Incorporar a la enfermera a la atención inicial de situaciones que no es recomendable medicalizar y que requieren un modelo de atención más natural y educativo que ayude al paciente a autocuidarse, para lo cual la enfermera es el profesional idóneo.
- Elaborar protocolos para los motivos de consulta más comunes tributarios de autocuidados con material informativo para los pacientes.
- Diseñar una estrategia de autocuidados en riesgo cardiovascular dirigida a incrementar la implicación de los pacientes en los factores de riesgo.
- Rediseñar los distintos circuitos asistenciales.
- Implantar la selección inicial de todas las urgencias por parte de la enfermera.
- Ofertar consulta de acogida a todos los pacientes que acuden por primera vez al centro.

- Realizar consultas de alta resolución, coordinando mejor las distintas actividades médicas y de enfermería para evitar que el paciente tenga que volver otro día.
- Poner en marcha un teléfono de atención personalizada para resolver trámites y atender dudas y consultas que puedan ser resueltas sin necesidad de acudir al centro.
- Campaña de información a los ciudadanos. Los ciudadanos adscritos a estos centros de salud recibieron un folleto con los nuevos criterios de funcionamiento en los cuales se solicita su colaboración.
- Creación en la intranet del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de un foro de innovación dirigido a los y las profesionales para divulgar y debatir el proyecto y promover nuevas iniciativas de mejora.
- Realización de una encuesta previa de satisfacción y desarrollo profesional a todos los integrantes de los cinco equipos.

Está previsto que las medidas adoptadas en estos cinco centros sean evaluadas durante un período de 6 meses antes de su extensión al resto de centros de la red.

Programa de atención a la salud de las personas inmigrantes

El Instituto Navarro de Salud Laboral ha puesto en marcha un programa de atención a la salud de las personas inmigrantes.

En Navarra, el 8,4 % de los habitantes son inmigrantes; el colectivo de extranjeros representa casi el 10 % de la población activa, y su presencia en algunos sectores productivos es decisiva para la viabilidad de éstos.

Su incorporación ha representado un impulso a la actividad, un rejuvenecimiento generacional de la población activa y un aumento en las tasas de ocupación; han cubierto puestos de trabajo que han dejado los desplazamientos sectoriales de la mano de obra autóctona y han facilitado la incorporación de la mujer al mundo laboral.

Sin embargo, la situación laboral de las personas extranjeras en Navarra presenta dificultades de inserción, la tasa de paro duplica la de las personas autóctonas y afecta, sobre todo, a mujeres y jóvenes. Casi el 45 % de los inmigrantes desempeña trabajos eventuales frente al 29 % de la población autóctona. Cuatro de cada diez podrían encontrarse en situación irregular y España es el país con más extranjeros desclasificados puesto que el 42 % no ocupa empleos acordes con su nivel de formación. En España, representan el 9,8 % del total de afiliados a la Seguridad Social aunque soportan el 20 % de los accidentes laborales.

Así pues, si a este perfil laboral se añaden las dificultades de adaptación por barreras idiomáticas, diferentes valores y pautas culturales, falta de apoyo social y aislamiento, se completa el círculo que define a este grupo como especialmente vulnerable.

Políticas de seguridad y salud que tengan en cuenta estas circunstancias son los mejores instrumentos para una integración plena.

Dentro de las líneas estratégicas que definen el II Plan de Salud Laboral de Navarra para el período 2007-2012, se contempla la atención preferente a determinados grupos específicos.

En el área de los *trabajadores extranjeros* establece los siguientes *objetivos*:

- Crear un entorno favorable para la integración sociolaboral de este colectivo.
- Elevar la calidad en el empleo de los trabajadores extranjeros.
- Reducir los indicadores de siniestralidad laboral en este colectivo, garantizando el conocimiento y cumplimiento de la legislación vigente en materia de prevención.
- Impulsar una práctica profesional desde los servicios de prevención respetuosa y culturalmente adaptada.

La *población diana* son los trabajadores de origen extranjero afiliados a la Seguridad Social, que en Navarra ascienden a 30.835 personas.

Herramientas e instrumentos

Se cuenta con la Comisión de Factores Psicosociales e Inmigración como órgano mixto de participación y control, emanado del Consejo Navarro de Seguridad y Salud en el Trabajo, cuya finalidad es definir programas específicos de actuación en este colectivo y supervisar su ejecución.

Se ha dado impulso a la comunicación, formación e investigación sobre este colectivo como actividad básica del propio INSL, en coordinación con asociaciones de inmigrantes, algunas ONG y agentes sociales.

El Observatorio Navarro de Salud Laboral desarrolla el espacio temático de observación *Inmigración y mercado laboral* que hace hincapié en las condiciones de trabajo y en la prevención de riesgos laborales en este colectivo.

Indicadores para su seguimiento y análisis de tendencias

Son los siguientes:

- Contexto socioeconómico y sociolaboral: tasas de actividad, ocupación y paro; regímenes de afiliación a la Seguridad Social; distribu-

ción por sectores económicos; tasas de temporalidad e irregularidad, y PIB (producto interior bruto).

- Condiciones de trabajo.
- Mapa de exposición a riesgos laborales.
- Daños a la salud.
- Análisis de accidentes con baja en jornada de trabajo y enfermedades profesionales, introduciendo la perspectiva de género y comparándolos con la población española.
- Indicadores de ILT (incapacidad laboral transitoria) por enfermedad común y accidente no laboral y distribución por diagnósticos clínicos en población extranjera.

Actuaciones preventivas en empresas y otros agentes implicados

Son las siguientes:

- Investigación de accidentes de trabajo.
- Programas de acogida, información, formación y asesoramiento realizados en este colectivo.
- Actuaciones “específicas” de inspección de trabajo: sanciones a empresarios por no tener regularizados a sus trabajadores.
- Identificación de “buenas prácticas” en materia preventiva y difusión de las bases que las sustentan.
- Elaboración de guías de prevención de riesgos laborales adaptadas a este colectivo.

Resultados y productos

Son los siguientes:

- Reuniones periódicas de seguimiento de la Comisión de Factores Psicosociales e Inmigración.
- Comunicación “Análisis de la siniestrabilidad laboral de los trabajadores inmigrantes Navarra 2006”, presentada en el Séptimo Congreso de Economía de Navarra: Inmigración y Economía, celebrado en Pamplona el 7 y 8 de noviembre de 2007.
- Creación y mantenimiento de un espacio sobre trabajadores inmigrantes en la página *web* del INSL que recoge entre sus apartados: normativa de aplicación, estadísticas de siniestralidad, documentación, catálogo de vídeos, enlaces de interés y otros: www.cfnavarra.es/insl/pub.htm.
- Contactos institucionales con la Oficina de Atención al Inmigrante.

- Colaboración en la nueva Encuesta Navarra sobre Inmigración.
- Subvención de la Campaña de concienciación en prevención de riesgos laborales en el sector de la construcción especialmente dirigida a los inmigrantes y orientada a trabajos en altura.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.mspes.es