



**Gobierno
de Navarra**

**Informe anual del
Sistema Nacional de Salud**

2006



NAVARRA

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN (tabla 1)

La población de Navarra ha alcanzado la cifra de 601.874 habitantes, según datos obtenidos del padrón municipal de habitantes (1 de enero de 2006), lo que representa que, respecto a enero de 2005, la comunidad foral ha crecido en 8.402 personas, es decir, el 1,4 %.

El número de personas activas en Navarra en el cuarto trimestre de 2006 era de 301.300, lo que representa el 60,77 % del total de la población de más de 16 años. Las personas ocupadas sumaban 287.500, de los cuales 169.400 son hombres y 118.100 mujeres, con una tasa de actividad del 70,42 % y del 51,25 %, respectivamente. La tasa de paro total en la Comunidad Foral de Navarra es del 4,58 % frente al 8,30 % del conjunto de España (figs. 1-4).

SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Indicadores

En el año 2005, según la encuesta de condiciones de vida realizada por el Instituto de Estadística de Navarra, el 72,7 % de la población consideraba que su estado de salud en los 12 meses anteriores a la entrevista había sido bueno; el 18,9 %, regular y el 8 %, 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 (24,3 %), la depresión/ansiedad (10,5 %), los problemas de movilidad (9,9 %), las dificultades para la realización de actividades cotidianas (6,1 %) y aquéllas relacionadas con el cuidado personal (2,8 %). 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 29,3 % mientras

TABLA 1. Datos de población por tramos de edad y sexo e indicadores de población, 1975-2001 (Navarra)

| | 1975 | 1981 | 1986 | 1991 | 1996 | 2001 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Población | 486.718 | 509.002 | 515.900 | 519.277 | 520.574 | 555.829 |
| Tasa de crecimiento anual | 0,87 | 0,26 | 0,13 | 0,05 | 1,19 | - |
| Densidad de población | 46,84 | 48,98 | 49,65 | 49,97 | 50,10 | 53,49 |
| Índice de juventud de la población activa (%) | 25,92 | 23,97 | 20,85 | 17,35 | 14,29 | 13,72 |
| Media de edad | 33 | 34 | 36 | 38 | 40 | 41 |
| Tasa bruta de natalidad | 17,85 | 13,12 | 10,02 | 9,22 | 9,28 | 8,47 |
| Tasa bruta de mortalidad | 8,97 | 8,09 | 8,05 | 8,70 | 9,01 | 8,66 |
| Población entre 15 y 64 años (%) | 63,09 | 64,05 | 65,84 | 67,29 | 68,33 | 68,18 |
| Índice de envejecimiento | 11,00 | 11,98 | 13,31 | 15,36 | 17,38 | 18,10 |
| Población menor de 20 años (%) | 34,35 | 32,41 | 28,95 | 25,36 | 21,52 | 19,02 |
| Población entre 20 y 59 años (%) | 50,17 | 51,13 | 52,41 | 53,76 | 55,64 | 58,48 |
| Población mayor de 59 años (%) | 15,48 | 16,46 | 18,65 | 20,88 | 22,84 | 22,49 |
| Población mayor de 64 años/población menor de 15 años | 42,42 | 49,96 | 63,85 | 88,53 | 121,66 | 131,96 |
| 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 |
| 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 |
| Población menor de 15 años/población entre 15 y 64 años | 41,08 | 37,42 | 31,66 | 25,79 | 20,91 | 20,12 |
| Población menor de 20 años/población entre 20 y 59 años | 68,48 | 63,37 | 55,23 | 47,17 | 38,68 | 32,52 |
| Población mayor de 64 años/población entre 15 y 64 años | 17,43 | 18,70 | 20,22 | 22,83 | 25,43 | 26,55 |
| Población mayor de 59 años/población entre 20 y 59 años | 30,86 | 32,19 | 35,58 | 38,84 | 41,06 | 38,46 |

FIGURA 1. Población y empleo en el primer trimestre de 2006 (Navarra)

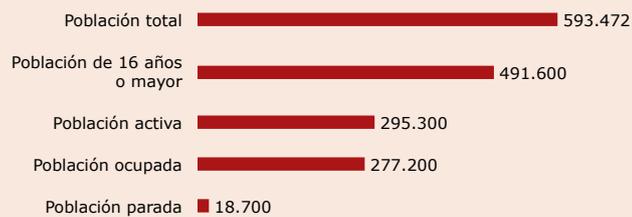


FIGURA 2. Tasa de ocupación por sectores de producción en el primer trimestre de 2006 (Navarra)

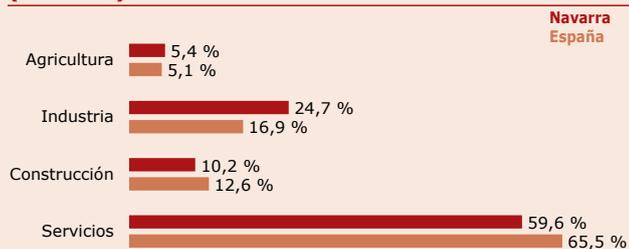


FIGURA 3. Tasas de ocupación y paro en el primer trimestre de 2006 (Navarra)

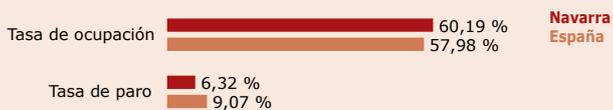
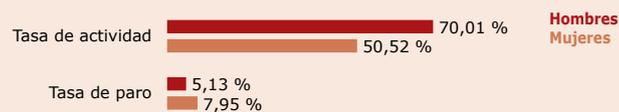


FIGURA 4. Tasas de ocupación por sexo en el primer trimestre de 2006 (Navarra)



que este valor se reduce al 19,2 % entre los hombres. Y, además, el 57,2 % de las mujeres de 65 años y mayores declaran padecer este dolor mientras que únicamente el 36,5 % de los hombres de estas edades lo tienen.

En Navarra, alrededor de 40.000 personas mayores de 6 años relata 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 disca-

pacidad 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, 2000-2004, la esperanza de vida al nacer en Navarra fue 77,9 años en los hombres y 85 años en las mujeres, por encima de la observada en el conjunto de la UE-15 donde, según Eurostat, la esperanza de vida al nacer en el año 2002 fue 75,9 años en los hombres y 81,7 años en las mujeres y la de España 76,2 y 82,9 años, respectivamente

A continuación se muestran los indicadores que presentan una evolución positiva en el período 2000-2004:

- En el quinquenio 2000-2004 la esperanza de vida al nacer fue 77,9 años en los hombres y 85 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 prácticamente todos los grupos de edad, excepto en las mujeres de 15-24 años.
- Ha habido un importante descenso de la mortalidad infantil que se sitúa en 3,3 muertes por 1.000 recién nacidos vivos en el período 2000-2004 frente a 4,6 en el quinquenio anterior.
- La utilización de tratamientos antirretrovirales más eficaces ha hecho descender las muertes por Sida el 60 % en el quinquenio 2000-2004 respecto al anterior.
- 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 2000-2004 ha 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 hombres.
- La mortalidad total y la mortalidad prematura por cáncer de mama, que hasta mediados de la década de 1990 presentaba una tendencia ascendente, muestran un descenso ambas, pero sobre todo la mortalidad prematura.
- Ha continuado el descenso de la mortalidad por cirrosis y úlceras digestivas en Navarra en el período 2000-2004.
- Se ha producido un descenso de la mortalidad prematura por accidentes de tráfico entre los hombres.

A continuación se presentan los indicadores que presentan una evolución negativa en el período 2000-2004:

- Fuerte incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres (19 % de la mortalidad total y 45 % de la mortalidad prematura) que señala el comienzo de la epidemia de cáncer de pulmón entre las mujeres de Navarra.
- Incremento de mortalidad por causas externas entre las mujeres.

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

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.

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.
- 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, metabopatías congénitas, etc.
 - Riesgos laborales.

DESARROLLO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

A continuación se especifica la legislación aprobada a lo largo del año 2006:

- Orden Foral 93/2006, de 29 de septiembre, de la Consejera de Salud, por la que se crea la Comisión Asesora Técnica de Atención al Paciente.
- Orden Foral 92/2006, de 29 de septiembre, por la que se establece la Comisión de referencia CIE-9-MC en Navarra.
- Decreto Foral 72/2006, de 16 de octubre, por el que se modifica el Decreto Foral 197/2001, por el que se dictan normas de desarrollo de la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica en materia de oficinas de farmacia.
- Decreto Foral 1/2006, de 18 de diciembre, por la que se crea la Oficina de Atención a la Inmigración.
- Orden Foral 6/2006, de 20 de enero, de la Consejera de Salud, por la que se crea el Comité opera-

tivo del plan foral de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe.

- Orden Foral 10/2006, de 31 de enero, de la Consejera de Salud, por la que se modifica el calendario oficial de vacunaciones de Navarra.
- Ley Foral 7/2006, de 20 de junio, de defensa de consumidores y usuarios.
- Decreto Foral 20/2006, de 2 de mayo, por el que se modifica el Decreto Foral 123/2003, de 19 de mayo, por el que se establecen las condiciones técnico-sanitarias de las piscinas de uso colectivo.
- Decreto Foral 32/2006, de 5 de junio, por el que se regula la habilitación del personal técnico adscrito al Instituto Navarro de Salud Laboral que realiza labores técnicas en materia de prevención de riesgos laborales, para la realización de funciones de colaboración con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
- Decreto Foral 45/2006, de 3 de julio, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Decreto Foral 42/2006, de 3 de julio, por el que se modifica el Decreto Foral 347/1993, de 22 de noviembre, por el que se regula el ingreso y provisión de puestos de trabajo en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Orden Foral 56/2006, de 29 de mayo, de la Consejera de Salud, por la que se crea el Registro de Anomalías Congénitas y Enfermedades Hereditarias de Navarra.
- Decreto Foral 54/2006, de 31 de julio, por el que se establecen medidas para la prevención y control de la legionelosis.

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

(tabla 2)

Informe de evaluación del Plan de Salud 2001-2005

En Febrero de 2006 se elabora el *informe de evaluación del Plan de Salud 2001-2005* centrado en el grado de cumplimentación de los objetivos planteados. El tipo de planificación seguida en su formulación, dirigida a la mejora de resultados en los cinco problemas de salud más relevantes en Navarra, ha posibilitado la confluencia de las actuaciones promovidas en el plan y las seguidas por los órganos gestores de los servicios sanitarios. La evaluación destaca el alto grado de cumplimiento de objetivos en las áreas de intervención de prevención y vigilancia, así como en el ámbito de la

docencia y formación. En cambio, el área con menor grado de aplicación de objetivos ha sido la de organización y gestión. Las intervenciones dirigidas a mejorar el proceso asistencial se han aplicado de forma desigual y son de destacar los logros en lo referente a enfermedades cardiovasculares y enfermedades oncológicas. Se evidencia la dificultad en hacer operativa la coordinación en atención sociosanitaria y en impulsar la actuación interdepartamental. Por último, se valora positivamente la implicación de las estructuras gestoras en las etapas de formulación de objetivos y acciones ya que ello favorece la consecución de objetivos.

Para cada uno de los procesos contemplados en el plan se realiza un balance de las actuaciones desarrolladas y del grado de consecución de objetivos.

Nuevo Plan de Salud 2006-2012

A lo largo del primer semestre del año 2006 continuaron los trabajos iniciados a finales del año 2005 dirigidos a la formulación del nuevo plan. Según las reflexiones iniciales, se ha optado por una planificación de carácter estratégico, más centrada en los objetivos que deben promoverse y que cuente con un horizonte temporal amplio para su aplicación.

Respecto a la metodología seguida, cabe señalar la creación de grupos de trabajo compuestos por técnicos y gestores en cada una de las áreas de planificación estratégica establecidas:

- Prevención de salud colectiva y problemas de salud emergentes.
- Cuidados por procesos según guías de práctica clínica consensuadas y basadas en la evidencia.
- Desarrollo de la organización y la gestión orientada a la eficiencia y a la corresponsabilidad.
- Orientación de las acciones dirigidas a la equidad y a la satisfacción del ciudadano.
- Utilización adecuada de medicamentos y de la historia clínica informatizada.

Cada grupo ha identificado las áreas críticas que debe afrontar, proponiendo las prioridades que deben acometerse en cada uno de los ámbitos. La dirección del Departamento de Salud ha optado entre las prioridades planteadas, lo que ha permitido la formulación de objetivos y actuaciones, así como la asignación de unidad administrativa responsable de promover las actuaciones. Para el conjunto de las cinco líneas de planificación estratégica se han establecido 20 prioridades, 52 objetivos y 131 actuaciones concretas.

TABLA 2. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2006 (Navarra)

| | Nombre del plan | Sí/no | Ediciones (fecha) | Observaciones |
|--------------------------------------|--|-------|-------------------------------------|--|
| Planes de Salud | | Sí | 1990-2000 2001-2005 2006-2012 | En el año 2006, el Plan de Salud 2006-2012 ha sido aprobado por el Gobierno y ha pasado al Parlamento para su consideración |
| Cáncer de mama | Programa de cribado poblacional | Sí | Desde 1990 | Revisión bienal a mujeres de 45 a 69 años |
| | 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 | Acuerdo entre la Administración sanitaria y las organizaciones de los profesionales implicados para el desarrollo de actuaciones preventivas en función del riesgo |
| Enfermedades cardiovasculares | Programa de riesgo vascular en atención primaria | Sí | Desde 2003 | Valoración de riesgos y cálculo de riesgo global |
| Salud mental | | | Reforma iniciada en 1988 | Existe una red de salud mental con sus programas asistenciales. Desde 2003 los servicios de salud mental han quedado integrados en la asistencia especializada |
| 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 5,5 por cada 1.000 recién nacidos. Buen nivel de integración de los casos tratados |
| Salud bucodental | Programa con prestaciones preventivas y curativas a población infantojuvenil | 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. La Orden Foral 56/2006 crea el Registro |

En octubre de 2006, el Plan de Salud recibe el visto bueno del Gobierno de Navarra y se remite al Parlamento para su consideración.

El III Plan de Salud de Navarra para el período 2006-2012 se sustenta en dos ejes: una atención individualizada al ciudadano en sus necesidades y expectativas de salud, y mayor agilidad en la gestión del sistema sanitario. La ejecución del plan compromete la totalidad de los recursos presupuestarios del Departamento de Salud, pues no hay ninguna previsión específica para éste.

Otros programas y actuaciones relevantes

La *prevención de la retinopatía diabética por teleconsulta* es un nuevo servicio que pretende mejorar el acceso, reducir los tiempos de atención y garantizar las

revisiones necesarias a las personas afectadas y que permite atender a más de 2.000 pacientes al año. Este modelo tecnológico está avalado por la literatura médica como método fiable de detección de retinopatía diabética

Mediante la Orden Foral 133/2006 se incluye la *vacunación universal frente a varicela a los 15 meses de edad* para todos aquellos niños nacidos a partir del 1 de enero de 2006.

La Orden Foral 56/2006 crea el *Registro de Anomalías Congénitas y Enfermedades Hereditarias de Navarra*. El registro se plantea como instrumento para contribuir a la vigilancia epidemiológica, para la evaluación de la asistencia sanitaria relacionada con la prevención de dichos problemas y para favorecer la investigación propia y colaborativa.

El Programa de Detección Precoz de Hipoacusia en Recién Nacidos se encuentra en funcionamiento desde 1999. El último año dio cobertura al 99,6 % de recién nacidos. La primera OEA (otoemisión acústica) ha permitido descartar hipoacusia en el 95 % de los recién nacidos. En el 5 % restante ha sido necesario realizar una segunda y, en el 31 % de éstas, una tercera OEA. En definitiva, el 1 % no ha superado ninguna de las tres OEA y ha sido necesario enviar para confirmación diagnóstica potenciales evocados auditivos (PEA), el 62 % de los cuales ha resultado patológico.

EQUIDAD (tabla 3)

Dentro del Plan Docente del año 2006 se incluyeron las siguientes actividades formativas:

- Atención sanitaria a la población inmigrante: factores socioculturales y patología prevalente.
- En colaboración con el Instituto de la Mujer se ha realizado el seminario "Intervenciones psicoterapéuticas después de situaciones de violencia (familiares, abuso sexual, etc.)". El seminario está dirigido a psicólogos/psicólogas y psiquiatras de centros de salud mental, de centros de atención a la mujer y de servicios municipales de atención a personas víctimas de violencia doméstica y agresiones sexuales (ayuntamientos).
- En los centros de atención primaria se ha profundizado en el tema de violencia de género con el taller "Mejora en la prevención, la detección precoz y el abordaje de la violencia doméstica en atención primaria" dirigido a profesionales sanitarios (médicos, médicas y personal de enfermería) y trabajadores(as) sociales de los centros de salud de atención primaria.
- El Instituto de Salud Pública realiza programas específicos para la promoción de salud en minorías étnicas e inmigrantes.

Se pusieron en marcha en 1998 y su actividad continúa. Los objetivos que se plantean son: procurar la disminución de riesgos asociados con los peculiares estilos de vida, así como los principales determinantes de salud, por un lado, y facilitar la adecuada utilización de los servicios sanitarios, por el otro. En total se interviene en 20 zonas básicas de salud. Trabajan en el programa 12 personas gitanas (agentes comunitarias). Los aspectos más relevantes que se han conseguido mejorar son: captación de embarazos, captación de recién nacidos y progresiva incorporación de mujeres mayores de 45 años en la prevención del cáncer de mama. La financiación es del 100 % por parte del Departamento de Salud. La mayor parte de la financiación se destina a los contratos de las agentes comunitarias de salud y supervisión general del programa.

- Además, con carácter anual se subvencionan proyectos relacionados con la población inmigrante.
- La edición de determinados folletos se realiza en distintos idiomas. Por ejemplo, el folleto *Salud, servicios sanitarios* está en castellano, árabe, francés, inglés y ruso.
- El de detección precoz del cáncer de mama es un programa específico orientado a las mujeres. El programa se desarrolla desde 1990 y continúa llevándose a cabo.
- Se ha reeditado la guía *En la madurez... Guía educativa para promover la salud de las mujeres*.
- Salud ha participado durante el año 2006 en la elaboración del I Plan de Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres de la Comunidad Foral 2006-2010.
- En cuanto a acciones dirigidas a pacientes con discapacidad física se han rehabilitado habitaciones en los centros hospitalarios para facilitar su ingreso, además de obras para eliminar barreras (rampas, etc.). En cuanto a las habitaciones de nueva cons-

TABLA 3. Proyectos y medidas para la equidad, 2006 (Navarra)

| | Sí/no | Tipo de medida | Referencia normativa | Observaciones |
|---------------------|-------|---|----------------------|---|
| Género | Sí | Taller formativo | No | Dirigido a profesionales sanitarios y trabajadores sociales |
| Etnia | Sí | Promoción de la salud | No | Etnia gitana |
| Discapacidad | Sí | Adecuación de habitaciones hospitalarias | No | Las habitaciones de nueva construcción se realizan ya adecuadas para personas con discapacidad física |
| Otras | Sí | Edición del folleto <i>Salud, servicios sanitarios</i> en distintos idiomas | No | En castellano, árabe, francés, inglés y ruso |

trucción, todas ellas se construyen para que sean aptas para personas con discapacidades físicas.

- Respecto a la igualdad de género, en las encuestas de satisfacción que se realizan periódicamente se contempla la perspectiva de género. Asimismo, en los estudios en que se analiza la variabilidad de la práctica médica entre las distintas zonas geográficas también se realiza un análisis específico en función del género.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS (tablas 4-6)

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea no difiere sustancialmente del resto de servicios autonómicos en cuanto al problema de escasez de profesionales, sobre

todo la ya tradicional falta de pediatras, anestesistas, radiólogos, etc. En la actualidad hay, incluso, muchos problemas para conseguir cubrir las necesidades de médicos de atención primaria en épocas clave del año (Navidad, verano o fines de semana) y este problema puede aumentar los próximos años a medida que los profesionales en activo vayan jubilándose. Si se tiene en cuenta que en Navarra no es obligatoria la jubilación a los 65 años, el problema podrá diferirse otros 5 años puesto que la inmensa mayoría de los médicos prorroga su edad de jubilación.

Poco se puede hacer en la comunidad puesto que el problema tiene su origen en el *numerus clausus* que existe en las facultades de medicina, pues a ellas les compete posibilitar que halla más licenciados en medicina y sólo entonces podrían ofertarse más plazas de residentes con los cuales puedan cubrirse las necesidades de especialistas.

TABLA 4. Número de profesionales en atención primaria, 2006 (Navarra)

| | Hombres | Mujeres | Edad | | | Observaciones |
|---|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|---|
| | | | Menores de 30 años | Entre 30 y 50 años | Mayores de 50 años | |
| Medicina familiar y comunitaria | 199 | 176 | 4 | 241 | 130 | |
| Pediatría | 29 | 58 | 0 | 51 | 36 | |
| Enfermería | 34 | 416 | 16 | 292 | 142 | |
| Farmacia | 8 | 13 | 2 | 5 | 14 | |
| Psicología clínica | 10 | 13 | 0 | 14 | 9 | Están en salud mental en atención especializada |
| Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia) | 43 | 70 | 1 | 82 | 30 | Están incluidos los médicos y ATS de urgencias |
| Otros profesionales no sanitarios | 91 | 296 | 12 | 301 | 74 | Están incluidos los celadores |

ATS, ayudantes técnicos sanitarios.

TABLA 5. Número de profesionales en atención especializada, 2006 (Navarra)

| | Hombres | Mujeres | Edad | | | Observaciones |
|--|---------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|--|
| | | | Menores de 30 años | Entre 30 y 50 años | Mayores de 50 años | |
| Medicina | 453 | 351 | 0 | 437 | 367 | |
| Enfermería | 65 | 1.442 | 55 | 987 | 465 | |
| Auxiliar de enfermería | 114 | 1.092 | 23 | 687 | 496 | |
| Farmacia | 2 | 4 | 0 | 4 | 2 | |
| Otro personal sanitario | 168 | 526 | 28 | 510 | 156 | Incluidos FEA/adjunto de pediatría y médicos adjuntos de urgencias |
| Personal no sanitario vinculado | 540 | 1.058 | 53 | 1.051 | 494 | |

FEA, facultativo especialista de área.

TABLA 6. Número de profesionales por especialidades médicas, 2006 (Navarra)

| | Hombres | Mujeres | Edad | |
|--|---------|---------|--------------------|--------------------|
| | | | Entre 30 y 50 años | Mayores de 50 años |
| Alergología | 2 | 6 | 7 | 1 |
| Análisis clínicos | 1 | 17 | 5 | 13 |
| Anatomía patológica | 6 | 14 | 11 | 9 |
| Anestesiología y reanimación | 31 | 43 | 45 | 29 |
| Angiología y cirugía vascular | 3 | 0 | 3 | 0 |
| Aparato digestivo | 14 | 11 | 13 | 12 |
| Bioquímica clínica | 1 | 3 | 2 | 2 |
| Cardiología | 18 | 10 | 12 | 16 |
| Cirugía cardiovascular | 6 | 2 | 4 | 4 |
| Cirugía general y del aparato digestivo | 37 | 10 | 19 | 28 |
| Cirugía maxilofacial | 6 | 1 | 6 | 1 |
| Cirugía pediátrica | 5 | 0 | 2 | 3 |
| Cirugía plástica y reparadora | 3 | 1 | 1 | 3 |
| Dermatología medicoquirúrgica y venereología | 4 | 9 | 8 | 5 |
| Endocrinología y nutrición | 5 | 8 | 11 | 2 |
| Farmacología clínica | 4 | 9 | 6 | 7 |
| Geriatría | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Hematología y hemoterapia | 5 | 18 | 14 | 9 |
| Medicina del trabajo | 0 | 4 | 3 | 1 |
| Medicina intensiva | 16 | 6 | 12 | 10 |
| Medicina interna | 33 | 13 | 23 | 23 |
| Medicina nuclear | 1 | 3 | 1 | 3 |
| Medicina preventiva y salud pública | 7 | 10 | 15 | 2 |
| Microbiología y parasitología | 3 | 5 | 3 | 5 |
| Nefrología | 5 | 2 | 3 | 4 |
| Neumología | 10 | 4 | 10 | 4 |
| Neurocirugía | 5 | 1 | 2 | 4 |
| Neurofisiología clínica | 5 | 4 | 6 | 3 |
| Neurología | 10 | 8 | 12 | 6 |
| Obstetricia y ginecología | 28 | 34 | 33 | 29 |
| Oftalmología | 20 | 14 | 17 | 17 |
| Oncología médica | 2 | 4 | 6 | 0 |
| Oncología radioterápica | 4 | 2 | 4 | 2 |
| Otorrinolaringología | 14 | 10 | 11 | 13 |
| Psiquiatría | 22 | 13 | 18 | 17 |
| Radiodiagnóstico | 24 | 29 | 32 | 21 |
| Rehabilitación | 5 | 15 | 13 | 7 |
| Reumatología | 2 | 3 | 5 | 0 |
| Traumatología y cirugía ortopédica | 59 | 4 | 26 | 37 |
| Urología | 25 | 0 | 11 | 14 |

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

En el resto de categorías, hoy por hoy no existen problemas para cubrir las necesidades que se demandan en los diferentes centros y servicios.

Los problemas señalados anteriormente no ayudan a resolver el impacto de la jornada de 48 horas, pues sólo con la buena voluntad de los especialistas se consigue que los ciudadanos no vean disminuida su atención. Todo ello incide en la política de sustituciones, pues aunque la premisa con que se parte es conseguir el 100 % de éstas, ello en ocasiones se queda en buen deseo que resulta imposible de cumplir por no encontrar ofertas en el mercado.

Tras los últimos acuerdos sindicales, no se ha modificado el régimen de permisos, salvo aquellos que derivan de los cambios legislativos motivados por la conciliación familiar.

Uno de los problemas más candentes que el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea tiene es el desarrollo profesional de enfermería. El Acuerdo, de 21 de julio de 2006, sobre condiciones de empleo para los años 2006 y 2007 contiene el compromiso de elaboración de una propuesta de carrera profesional aplicable a la generalidad del personal fijo al servicio de la Administración de la Comunidad Foral y sus organismos autónomos, fijándose para el desarrollo de los trabajos el período comprendido entre los meses de octubre de 2006 y junio de 2007. Sin embargo, esta solución global no ha sido bien acogida por el grueso del estamento de enfermería que aboga por una solución más rápida para su colectivo.

FARMACIA (tabla 7)

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 103 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 y asesoran 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 los EAP (equipos de atención primaria). También se envía información a los profesionales de medicina cuando lo solicitan.

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

Se ha abierto *un servicio de farmacia más en un centro sociosanitario*.

TABLA 7. Datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2006 (Navarra)

| | | Datos de 2006 | Observaciones |
|--|---|---------------|---|
| Número de recetas dispensadas | Número total de recetas | 10.231.203 | Tal y como se indica, incluye todo lo dispensado en oficina de farmacia (recetas prescritas por médicos de atención primaria y atención especializada) |
| | Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas | 14,67 | Calculado en envases de genéricos respecto al total de envases de no genéricos |
| Gasto farmacéutico* | Gasto farmacéutico total | 144.219.881 | |
| | Porcentaje de gasto en genéricos/gasto farmacéutico total | 7,02 | 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 | 1.605.311 | A02BC: 615.056 N05BA: 509.552 N02BE: 480.703 |
| | En el total de recetas dispensadas de genéricos | 595.785 | A02BC: 349.699 (56,85 %) respecto a 615.056 envases del total del grupo C09AA: 143.558 (54,81 %) respecto a 261.896 envases del total del grupo M01AE: 102.528; (32,15 %) respecto a 318.807 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, Therapeutic, Chemical*.

Se continúa trabajando con una herramienta que explota *los datos de la prescripción en OMI* y comienzan a proponerse *indicadores de calidad de la prescripción ligados a proceso y resultados*.

INVESTIGACIÓN (tabla 8)

Cada año se publica la convocatoria de proyectos de investigación en ciencias de la salud, desde el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. También existe otra convocatoria para proyectos de investigación en diferentes materias publicada por el Departamento de Educación que también comprende proyectos en materia de salud.

Existe el Centro de Investigación Biomédica, que ofrece apoyo a la investigación de los centros sanitarios del Servicio Navarro de Salud y del Departamento de Salud.

Se realiza investigación aplicada a la práctica en hospitales en la medida en que se aplican resultados obtenidos en proyectos de investigación concedidos.

Existe como apoyo a la investigación la Sección de Investigación Biomédica del Departamento de Salud que ofrece apoyo a personal, infraestructura y otros recursos mediante la convocatoria pública de proyectos en ciencias de la salud. Además, ofrece soporte en metodología de investigación, asesoramiento en publicaciones científicas, búsqueda bibliográfica y documentación científica.

Ofrece una biblioteca virtual con abundantes revistas y bases de síntesis de evidencia científica.

Otra unidad de apoyo a la investigación es el ya citado Centro de Investigación que ofrece estabulario, espacio físico con laboratorios y asesoramiento en metodología de investigación.

La concesión de proyectos se resuelve por convocatoria pública, se consideran los temas prioritarios de salud según el Plan de Salud correspondiente y son

evaluados por una agencia externa y una comisión técnica nombrada por el Director General de Salud.

En el año 2006 se solicitaron 88 proyectos a la convocatoria del Departamento de Salud, de los cuales se concedieron 24. Se concedieron 15 proyectos del Fondo de Investigación Sanitaria (Instituto de Salud Carlos III).

En el año 2006 se ha dado dictamen favorable a 79 ensayos clínicos, que en su mayoría están activos. De ellos 14 son independientes de la industria. No existen criterios para saber en qué tipo de pacientes se prueban.

El Departamento de Salud edita una revista científica cuatrimestral (*Anales del Sistema Sanitario de Navarra*) de amplia difusión que se ofrece a los investigadores para la publicación de los resultados de sus trabajos científicos. Es una revista corregida por pares de revisores e incluida en bases de datos internacionales.

Los mecanismos para introducir la práctica sanitaria basada en la evidencia científica son los cursos organizados por la Sección de Docencia del Departamento de Salud y las bases de síntesis de evidencia que se ofrecen en la biblioteca virtual para consulta de los profesionales.

El número de publicaciones de investigadores del sistema público en salud desde el año 2000 pueden consultarse en la siguiente página web: www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/textos/Publicaciones_Navarra.pdf.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

(tabla 9)

Se utiliza la variable zona básica de salud de residencia de los pacientes para el análisis de diferentes indicadores extraídos del CMBD (conjunto mínimo básico de datos). De hecho, Navarra participa desde su origen (primera publicación: marzo 2005) en el proyecto de VPM (variabilidad de práctica médica). En el mencionado proyecto, el principal análisis se realiza por áreas

TABLA 8. Investigación, 2006 (Navarra)

| | Sí/no | Número | Observaciones |
|---|-------|--------|---|
| Comités éticos de investigación clínica (CEIC) | Sí | 1 | Un CEIC para toda la Comunidad Foral de Navarra |
| Proyectos de investigación financiados por el FIS | Sí | 15 | |
| Proyectos de investigación financiados en convocatorias regionales | Sí | 28 | |
| Ensayos clínicos patrocinados por la industria | Sí | 79 | |

FIS, Fondo de Investigación Sanitaria.

TABLA 9. Sistemas de información sanitaria, 2006 (Navarra)

| | Sí/no | Denominación | Referencia legislativa | Figura jurídico-administrativa |
|---|-------|---|--|---------------------------------------|
| Instituto de información o estadísticas sanitarias | Sí | Sistema de Información Sanitaria de Navarra | No | Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea |
| | Sí | Plan Estadístico de Navarra 2003-2006 | No | Dirección General de Salud |
| | Sí/no | Año(s) en que se ha realizado | Autopercepción de un estado de salud bueno o muy bueno en mayores de 16 años (%) | |
| | | | Hombres | Mujeres |
| Encuestas de salud | Sí | 2000 y ediciones anteriores | 81 | 74 |

geográficas (áreas pequeñas) y se consideran como tales las áreas de salud de cada comunidad autónoma.

El sistema sanitario ha desarrollado una aplicación informática y un manual para recoger de forma homogénea en toda la red la información relacionada con quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos de los pacientes. La nueva aplicación informática se puso en marcha en el año 2006 y el nivel de geocodificación se recoge en la tarjeta sanitaria individual.

CALIDAD

Accreditación

En cuanto a novedades referentes al año 2006, el Banco de Sangre de Navarra obtiene el certificado de calidad ISO 9001:2000, aplicado a la promoción de la donación, extracción de sangre total y aféresis, preparación de componentes sanguíneos, analítica de donaciones y muestras, así como realización de estudios de histocompatibilidad. El organismo acreditador ha sido AENOR.

Guías de práctica clínica

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ha editado la guía *Patología de la rodilla en Atención Primaria. Guía de actuación* con el objetivo de mejorar la coordinación clínica del proceso de atención de los pacientes con esta patología en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

El dolor de rodilla constituye un motivo muy frecuente de consulta médica. Es una patología que produce importante impotencia funcional con la consiguiente restricción de la actividad normal del paciente. Entre el 10 y el 15 % de la población adulta presenta dolor de rodilla en algún momento de la vida y estas dolencias representan entre el 3 y el 5 % de los moti-

vos de consulta anual en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. La atención primaria tiene un papel fundamental en el diagnóstico temprano, la orientación y la toma de decisiones clínicas adecuadas, así como en el seguimiento de los pacientes.

La guía se ha elaborado en el marco del Plan de Coordinación de Atención Primaria y Atención Especializada del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y está dirigida a médicos de atención primaria, traumatología y rehabilitación. La guía se acompaña de un protocolo para la aplicación de sus indicaciones a la historia clínica informatizada que tienen los pacientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

La guía establece los procedimientos de diagnóstico y las indicaciones para llevar a cabo exploraciones complementarias, como analíticas, rayos X y resonancia magnética nuclear (RM). En este sentido, el beneficio que se obtiene de la aplicación de procedimientos establecidos en la guía es doble. A los profesionales médicos la guía les orienta en el tratamiento óptimo de esta patología y en la utilización adecuada de los recursos disponibles y, además, los pacientes se benefician de una atención homogénea y de calidad contrastada.

Uno de los objetivos específicos de esta guía es favorecer la intervención precoz en estas patologías para mejorar la capacidad funcional del paciente. En este sentido, los médicos de atención primaria del área de Pamplona pueden solicitar que se realice una RM de rodilla en el Servicio de Radiología del ambulatorio General Solchaga con las mismas indicaciones con que lo solicitan los médicos de atención especializada. Esta medida agiliza el proceso diagnóstico y terapéutico, acorta los tiempos de espera y consigue que la consulta del especialista sea más resolutive.

La aplicación de la RM en el caso de las patologías de rodilla tiene unas indicaciones específicas y corresponde a los médicos de atención primaria o atención

especializada valorar su pertinencia ya que no todo dolor de rodilla necesita para su diagnóstico y tratamiento el recurso a la RM.

La guía editada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea también incorpora recomendaciones sobre utilización de antiinflamatorios y/o analgésicos, siguiendo criterios de uso racional de medicamentos y sobre ejercicios de rodilla que deben realizarse en los casos que se deriven hacia los servicios de rehabilitación. Al mismo tiempo, ofrece procedimientos diagnósticos en función de los síntomas de la dolencia y los datos que aporte la exploración y da indicaciones de cuándo debe realizarse la derivación hacia las especialidades de traumatología, rehabilitación, reumatología y urgencias.

Para la aplicación de las previsiones contenidas en esta guía, los médicos de atención primaria del área de Pamplona realizaron un taller con un componente muy práctico sobre habilidades exploratorias de las dolencias de rodilla y los procedimientos de decisión en el tratamiento.

Gestión de listas de espera

Los objetivos del Departamento de Salud y, por tanto, del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para el ejercicio 2006 estaban condicionados por la situación en que se encuentra y por la necesidad de mayor esfuerzo para gestionar las listas de espera e ir reduciendo el número de pacientes que a final de año están en la agenda a la espera de ser atendidos por las distintas especialidades quirúrgicas, en consultas o para la realización de pruebas complementarias.

En el ámbito de las *especialidades quirúrgicas*, se ha planteado para todos los servicios que las esperas deben estar, en cualquier caso, por debajo de los 180 días, tal y como queda recogido en la Orden Foral 138/1998 de Garantías Quirúrgicas, para lo cual se fijó, con las direcciones de los centros, una serie de medidas de plan de choque:

1. Actividad mínima anual, trimestral y mensual, en jornada ordinaria. Esta actividad será mínima e indiscutible en función del resumen histórico de los últimos ejercicios.
2. Actividad quirúrgica extraordinaria que asegure el cumplimiento de las necesidades quirúrgicas que en función de la lista de espera se plantee. Esta actividad extraordinaria deberá concentrarse en los pacientes entre 120 y 180 días de espera, para evitar que haya pacientes con más de 180 días de espera.

3. Si las dos primeras fuesen insuficientes para resolver la lista de espera, se aplicará, tal y como plantea la Orden Foral en el Artículo 4 y siguientes, la derivación a otros centros de la red pública o la utilización de los centros concertados o, en su caso, centros privados.

La actividad asistencial de los últimos años en la comunidad foral se ha multiplicado a base del esfuerzo de los profesionales del sistema sanitario que han conseguido unas cotas de eficiencia y efectividad dignas del mejor sistema o comparables a los más elevados grupos sanitarios de nuestro entorno nacional y europeo.

La actividad quirúrgica programada con anestesia general ha pasado de 23.022 en el año 2005 a 25.443 intervenciones quirúrgicas en el año 2006, con un incremento del 11 % en el año 2006 respecto a 2005. La lista de espera en el año 2005, antes del plan de choque, era de 8.950 pacientes para una intervención quirúrgica con anestesia general y en el año 2006, en diciembre, esperaban 8.166 pacientes. No obstante, hay que señalar que los pacientes del año 2005 esperaban para intervenir de forma programada y con anestesia general 89 días de media mientras que en diciembre de 2006 la espera media para este tipo de intervenciones fue 71 días.

La actividad en *consultas externas* ha pasado de 305.030 primeras consultas en el año 2005 a 327.310 en 2006, con un incremento del 7 % en el año 2006 respecto a 2005. La lista de espera de consultas en el mismo tiempo, en los años 2005 y 2006, ambos medidos en el mes de diciembre, ha pasado de 38.369 a 34.747, respectivamente, con unas esperas de 35 días en 2005 y 32 días en 2006.

Las pruebas complementarias, como consecuencia del mayor número de consultas y de intervenciones quirúrgicas, han llegado a unos niveles que exigen una utilización continuada, prácticamente en jornada de mañana y tarde, para que los procesos no vean interrumpida o reducida su velocidad por las pruebas diagnósticas. Asimismo, se planteó la utilización de los recursos independientemente de donde esté la lista de espera. Se contrataron los servicios de una unidad móvil de RM que acercara este tipo de estudios a los hospitales de Tudela y Estella, y a las cabeceras de comarca para evitar el viaje de la población a Pamplona. También se han utilizado los recursos de los servicios de radiodiagnóstico de los hospitales concertados (Clínica Universitaria de Navarra y Clínica San Miguel).

Otros

En el mes de noviembre de 2006 inició su actividad una *Unidad de Hospitalización a Domicilio* en el área de salud de Tudela y, de momento, están disponibles diez camas virtuales fuera de las instalaciones del Hospital Reina Sofía. Son tributarios de ser atendidos en la unidad aquellos enfermos que lo decidan voluntariamente, que tengan a una persona que pueda hacerse cargo de ellos en sus domicilios y que dispongan de teléfono. La unidad cuenta con un facultativo especialista en medicina interna y con una enfermera que cubren una jornada continuada de 8 a 21 horas. Fuera de este horario y, si la urgencia lo requiere, desde la unidad se avisa al Servicio de Emergencias para trasladar al paciente al hospital.

Dentro del Plan Docente de 2006, se realizaron las siguientes actividades docentes relacionadas con la gestión sanitaria y calidad:

- Seguridad del paciente y sistemas de gestión de errores en la organización sanitaria.
- Control de calidad en radiodiagnóstico.
- Capacitación de directores de instalaciones de rayos X.
- Pacto de gestión clínica y planes de mejora de calidad en atención primaria.
- Relaciones humanas en los servicios de salud (3 ediciones).

PARTICIPACIÓN

No ha habido durante el año 2006 desarrollo legislativo alguno relacionado con la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones, ni en materia de información y documentación clínica, ni de seguimiento y evaluación de su funcionamiento.

DESCRIPCIÓN DE EXPERIENCIAS INNOVADORAS

Proyecto MAPPA

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

Esta práctica está enfocada a desarrollar e implantar una estrategia de calidad orientada hacia los procesos nucleares de una organización sanitaria, los procesos clínicos de atención.

Gestionar por procesos clínicos es entender y gestionar como un todo el proceso de la enfermedad desde que el paciente tiene los primeros síntomas hasta el seguimiento de la efectividad del tratamiento. Se trata, por tanto, de pasar de gestionar consultas, quirófanos, ingresos, pruebas complementarias, etc. de forma fragmentada a gestionar personas con necesidades asistenciales derivadas de su enfermedad.

Una arquitectura de procesos orientada hacia los procesos clínicos favorece la comunicación entre los tres principales grupos de interés (pacientes, clínicos y gestores-Administración).

El modelo se centra en tres pilares: los aspectos científicos y técnicos de la asistencia, las necesidades de los pacientes y el desarrollo de sistemas de información y evaluación centrados en el proceso asistencial (las enfermedades) para garantizar una práctica clínica apropiada y una mejora en los resultados de salud.

Características principales de su desarrollo. Seguimiento

La definición del modelo se desarrolla en dos etapas. En primer lugar, se define qué procesos clínicos son prioritarios y, por tanto, en qué procesos clínicos se invertirán los principales esfuerzos de mejora en los próximos años. En una segunda fase se determinan, de forma específica para cada uno de los procesos clínicos priorizados, los atributos de calidad más relevantes para mejorar los resultados en salud.

Para la fase MAPPA-1 se priorizaron once procesos clínicos: cáncer de mama, síndrome coronario agudo, enfermedad cerebrovascular, cáncer de colon, recto y ano, esquizofrenia, espondilosis y trastorno de disco intervertebral, parto, cáncer bronquiopulmonar, hiperplasia de próstata, cataratas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Cada grupo de mejora, uno por proceso clínico, se constituyó de manera formal a través de una Resolución del Gerente del Servicio Navarro de Salud. La resolución estableció los componentes de los grupos de mejora, los objetivos y el cronograma. Para que el liderazgo sea compartido por todos los centros de la organización, cada centro asistencial se encarga de liderar un proceso clínico aunque en el grupo de trabajo hay profesionales de todos los centros (uno o dos profesionales por centro) que tratan esa patología.

Además de la constitución de once grupos de trabajo, se formaron, a solicitud de los propios grupos de mejora, grupos satélite para trabajar un aspecto espe-

cífico del proceso en el cual se requería la participación de otros profesionales. Un total de 127 profesionales han trabajado en los diferentes grupos. Antes que los grupos iniciasen su trabajo, se proporcionaron 16 horas de formación a los pares móviles. La formación fue muy bien valorada en las encuestas de evaluación de la actividad formativa.

Se constituyó formalmente un Comité Rector MAPPA-Horizonte formado por 20 directivos para velar por el desarrollo del trabajo de estos equipos y por la implantación de las mejoras sugeridas.

Resultados

Los resultados de los grupos de mejora pueden agruparse en dos tipos: resultados intangibles y resultados tangibles.

Como resultados intangibles pueden citarse la creación de nuevos espacios de comunicación entre profesionales de distintos centros hospitalarios para tratar aspectos técnicos y de coordinación de pacientes. Algunos profesionales consideraban a los profesionales de otros centros como "rivales" y no como "colaboradores". Esta barrera ha sido superada en numerosos grupos y se han establecido colaboraciones que repercutirán claramente en una mejor coordinación y atención al paciente. Algunos grupos manifiestan su deseo de continuidad como comités permanentes de mejora debido a la trascendencia de los temas tratados y a la rápida evolución de los aspectos diagnósticos y terapéuticos (grupos de mejora de cáncer).

Asimismo, se han producido numerosos resultados tangibles. En total, se han identificado más de 100 líneas de mejora. Cada grupo de mejora ha emitido un informe en que especifica de forma detallada los puntos críticos detectados, las líneas de trabajo propuestas para mejorar la calidad de ese proceso, los recursos humanos y organizativos que se requieren, los indicadores para evaluar la calidad del proceso, el cronograma previsto para implantar las actuaciones y el sistema de evaluación y seguimiento que consideran necesario para velar por la puesta en marcha de las acciones recomendadas.

Los grupos han elaborado protocolos de múltiples aspectos del proceso de atención de la patología seleccionada, han diseñado circuitos de atención, etc., facilitando enormemente la normalización del proceso asistencial.

Debido a la relevancia para la organización de las solicitudes de recursos que podían realizar los grupos

de trabajo, se diseñó un proceso específico para la toma de decisiones. El proceso se sigue para toda solicitud que requiera aprobación del comité rector, bien porque se necesite oficializar protocolos, contratar personal, adquirir equipos tecnológicos o represente una modificación de los sistemas de información.

Un total de 72 necesidades han sido explicitadas por el conjunto de grupos de mejora. Cada grupo ha solicitado entre 5 y 15 aspectos. Las necesidades más frecuentes son oficialización de protocolos, informatización de registros, constitución de grupos o comités permanentes, edición de guías informativas dirigidas a pacientes, cursos de formación, equipamiento médico y recursos humanos, especialmente mayor tiempo asignado a consulta.

Las acciones propuestas están en grado de desarrollo diferente, en función de su importancia y factibilidad. Hay determinadas líneas de trabajo totalmente desarrolladas (p. ej., se han desarrollado numerosas actividades formativas, se han desarrollado e implantado circuitos y protocolos, se han desarrollado y medido numerosos indicadores, se ha diseñado material para información a pacientes y familiares, se ha contratado a especialistas, se ha comprado equipamiento tecnológico, etc.) y otras están en vías de desarrollo (p. ej., la implantación de una nueva prestación sanitaria, como la rehabilitación respiratoria; la constitución de nuevos grupos de mejora, etc.).

El proyecto, por su magnitud e importancia, ha requerido y continuará requiriendo un importante esfuerzo a múltiples actores: por parte de los líderes de la organización se necesita constancia de objetivos y elementos de facilitación para conseguir el éxito de los grupos de mejora; por parte de los profesionales, se necesita compaginar su actividad asistencial con la detección de áreas de mejora, definición e implantación de acciones y evaluación de los indicadores propuestos, y por parte de los expertos en gestión de calidad de los distintos centros se requiere la inmersión en una nueva actividad que les consume tiempo.

El desarrollo del Proyecto MAPPA ha sido galardonado como mejor práctica de gestión interna por parte del Ministerio de Administraciones Públicas durante el año 2006.

Equidad de género en la atención a la salud

Se han llevado a cabo actuaciones relacionadas con la atención integral a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y/o agresiones sexuales.

Justificación, motivación de su inicio

Aun sin conocer la verdadera magnitud que representa el problema de la violencia de género, se comprueba que su prevalencia provoca continuamente secuelas físicas, psíquicas, sociales y económicas.

Ante cualquier enfermedad o patología que conlleva a una situación de muerte temprana o algún grado afección física o psicológica de personas previamente sanas, los programas de salud actúan detectando precozmente los casos para prevenir, en último término, la afección. Los casos de maltrato a mujeres no son una excepción y requieren acciones de sensibilización y formación específica entre los profesionales sanitarios.

El marco de desarrollo de las actuaciones del Departamento de Salud es el Acuerdo Interinstitucional para la Atención a Víctimas de Maltrato Doméstico y/o Agresiones Sexuales, que recoge los contenidos que deben desarrollar las diferentes entidades con la finalidad de coordinar todas las medidas y recursos existentes destinados para mejorar la situación de las víctimas.

Las actividades desarrolladas se enmarcan en los puntos tercero y cuarto del mencionado Acuerdo y hacen referencia a los siguientes contenidos:

- Difusión de los contenidos del protocolo de actuación.
- Establecimiento de planes de formación continua sobre la actuación en casos de maltrato doméstico y agresiones sexuales.
- Habilitación de recursos humanos, materiales y técnicos necesarios para garantizar la efectiva aplicación de los contenidos del Acuerdo.

Población diana

Todos los profesionales sanitarios de los centros asistenciales son los destinatarios de las acciones de difusión del conocimiento del problema, sensibilización y formación específica.

A lo largo de 2006 se ha incidido en los equipos de atención primaria (médicos, enfermeras y trabajadores sociales), en los centros de atención a la mujer (médicos y enfermeras) y en los centros de salud mental (psicólogos y psiquiatras).

Características principales de su desarrollo

Sensibilización continua

La Dirección de Atención Primaria, consciente de la importancia que representa la violencia de género, desarrolla con continuidad acciones encaminadas a in-

crementar el conocimiento entre sus profesionales del problema, dando a conocer el protocolo de actuación. Para ello, en una primera etapa se organizó y coordinó la sesión titulada "Prevención y abordaje de la violencia doméstica", que tuvo como objetivos principales la difusión del protocolo de actuación y la sensibilización de los profesionales sanitarios para la detección y tratamiento de las situaciones de maltrato y/o agresión sexual a las mujeres.

Formación específica

En los centros de atención primaria se ha profundizado en el tema de violencia de género con el taller "Mejora en la prevención, la detección precoz y el abordaje de la violencia doméstica en atención primaria" dirigido a profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) y trabajadores sociales de los centros de salud de atención primaria.

Con esta acción formativa se pretende mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades en la detección y el abordaje de la violencia doméstica por parte de los profesionales implicados en la atención sanitaria de primer nivel.

Los objetivos específicos que se persiguen son:

- 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 ante casos de sospecha de violencia doméstica.
- Mejorar la habilidad de detección precoz de maltrato doméstico.
- Realizar una adecuada entrevista clínica ante la sospecha de maltrato.
- Evaluar su magnitud, valorando el riesgo inmediato físico, psicológico y social.
- Informar sobre los recursos sociosanitarios disponibles.

Las materias incluidas en el contenido son:

- Concepto y marco de la violencia doméstica. Factores de riesgo y vulnerabilidad. Habilidades para la detección precoz. Identificación de signos y síntomas de sospecha. Consecuencias, a nivel psicológico, físico y social.
- Entrevista diagnóstica. Exploración, valoración de lesiones y del riesgo inmediato.
- Aspectos médico-legales. Actuación en el contexto familiar.
- Recursos básicos sanitarios y sociales.

Dirigido a profesionales de los centros de salud mental y de centros de atención a la mujer, se organizó un seminario sobre intervenciones psicoterapéuticas para trabajar con personas afectadas.

Los objetivos fundamentales son el reconocimiento del comportamiento de la víctima, conocer y utilizar los recursos individuales, sistémicos y culturales, así como poner de manifiesto la vulnerabilidad del trabajo con víctimas.

Metodología para su seguimiento y evaluación

En todas las acciones formativas, la metodología ha combinado las exposiciones teóricas, trabajo en pequeños grupos, discusiones y juego de roles. Al finalizar el curso o seminario, se ha realizado una evaluación por parte de los participantes.

Resultados

En la actualidad, no se han desarrollado indicadores que permitan conocer el impacto que estas actuaciones tienen sobre los resultados globales de la situación de violencia de género. No obstante, es de esperar que a medio plazo tengan una repercusión en la salud y calidad de vida de muchas mujeres.

Atención a la salud de las personas inmigrantes

En los últimos años, la población trabajadora está viéndose sometida a nuevos factores relacionados con su trabajo que condicionan nuevas y diferentes maneras de enfermar. Los efectos de la globalización sobre la organización del trabajo y los patrones de empleo, la gran temporalidad en el trabajo, la utilización de nuevas sustancias y tecnologías, el creciente envejecimiento de la población laboral, la decidida incorporación de la mujer al mercado laboral y el nuevo perfil de la población activa, donde destaca el fenómeno de la emigración, son algunos de ellos.

El proceso de cambio económico y social que está experimentando Navarra en las últimas décadas está asociado con la llegada de un flujo de inmigrantes creciente a partir del nuevo siglo. Su influencia ha sido decisiva como factor de cambio económico en términos de crecimiento de producción y demanda interna. Se está construyendo una Navarra diferente gracias al fenómeno migratorio.

Además de su impacto en el crecimiento demográfico, su presencia en el mercado de trabajo ha comportado aspectos positivos. Navarra con casi 600.000 habitantes cuenta con el 8,41 % de inmigrantes, que

aportan el 1,3 % al conjunto del Estado. 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 conllevado un impulso a la actividad, un rejuvenecimiento generacional de la población activa y un aumento en las tasas de ocupación. Han cubierto los puestos de trabajo que han dejado los desplazamientos sectoriales de la mano de obra autóctona y han facilitado la incorporación de la mujer al mercado laboral. Sin embargo, no cabe duda de que su llegada también ha implicado algunas disfunciones y problemas. La situación laboral de los extranjeros en Navarra presenta dificultades de inserción, la tasa de paro duplica a la de los autóctonos y sobre todo afecta a mujeres y jóvenes aunque el paro de larga duración afecta menos a este colectivo. Casi el 45 % de los inmigrantes desempeña trabajos eventuales, un porcentaje que también es elevado en la población autóctona (29 %). Además, cuatro de cada diez podrían encontrarse en situación irregular y España es el país con más extranjeros desclasificados de la Unión Europea; el 42 % no ocupa empleos acordes con su nivel de formación. Los trabajadores extranjeros muestran en nuestro país una fuerte especialización productiva en función de sus orígenes y altos niveles de siniestralidad (durante 2006, con una media de 22.111 trabajadores extranjeros en alta en la Seguridad Social, el 9,8 % del total de afiliados soporta el 20 % de los accidentes con baja en jornada de trabajo).

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 2007-20012, se contempla la atención preferente a los riesgos emergentes y a determinados grupos específicos. En el área de trabajadores extranjeros se definen estos 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.

Se pretende conseguir estos objetivos mediante la programación de 13 actuaciones definidas en el mencionado plan.

Se cuenta con las siguientes herramientas e instrumentos:

- 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 de actuación en este colectivo y supervisar su ejecución de acuerdo con los objetivos definidos en el II Plan de Salud Laboral de Navarra.
- Impulso a la comunicación, formación e investigación en este colectivo, como actividad básica del propio INSL (Instituto Navarro de Salud Laboral), en coordinación con asociaciones de inmigrantes, varias ONG y agentes sociales.
- Observatorio Navarro de Salud Laboral. El Observatorio Navarro de Salud Laboral es una iniciativa promovida desde el INSL con la misión de recoger, acumular, procesar y difundir información relacionada con la situación y la evolución en la comunidad de las condiciones de trabajo y sus consecuencias para la salud de los trabajadores, así como el estado de desarrollo del sistema preventivo con el fin de responder a las necesidades de examen y estudio permanente que impone el cambiante mundo del trabajo.

El Observatorio, entre sus misiones, tendrá que llevar a cabo una prospectiva de necesidades que sirva para establecer las actuaciones de promoción, vigilancia y control, y las líneas de investigación y de actuación preferentes que deben desarrollar el INSL y otras entidades de carácter preventivo públicas y privadas.

Desarrollará el espacio temático de observación: inmigración y mercado laboral, condiciones de trabajo y prevención de riesgos laborales en este colectivo a partir de los siguientes puntos:

- Indicadores de contexto socioeconómico y sociolaboral: tasas de actividad, ocupación y paro; distri-

bución por sectores económicos; tasas de temporalidad e irregularidad, y 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 según diferentes variables, introduciendo la perspectiva de género y comparándolos con la población española siempre que sea posible.
 - Indicadores de incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral y distribución por diagnósticos clínicos en población extranjera.
- Actuaciones preventivas en empresas y otros agentes implicados:
 - Actuaciones preventivas (investigación de accidentes de trabajo).
 - Programas de acogida, información, formación y asesoramiento realizados en este colectivo.
 - Actuaciones "específicas" de Inspección de Trabajo.
 - Identificación de "buenas prácticas" en materia preventiva y difusión de las bases que las sustentan.
 - Guías de prevención de riesgos laborales adaptadas a este colectivo.

Apoyo a la investigación

El Departamento de Salud desarrolla el Plan Estratégico de Investigación Biomédica 2007-2011. Su misión es realizar una investigación de calidad cuyos resultados contribuyan a la mejora de la asistencia sanitaria ofrecida al paciente.

Sus ejes estratégicos son los siguientes:

- Aumentar la masa crítica investigadora.
- Conseguir mayor nivel de financiación externa para Navarra.
- Mejorar la gestión y la dirección estratégica de la investigación:
 - Unidad de Gestión Única: es necesario reestructurar la gestión de la investigación, creando esta unidad para toda la investigación biomédica de la sanidad pública de Navarra.
 - Unidad de Apoyo Metodológico de la Investigación.
 - Apoyo a grupos de investigadores consolidados.
 - Fomento de grupos de investigación emergentes.
- Fomentar plataformas técnicas de uso común para los investigadores. Las plataformas técnicas son

áreas de trabajo dentro de las infraestructuras para realizar funciones concretas; la planificación y desarrollo de éstas dependen de las líneas estratégicas de investigación y de las áreas horizontales relevantes en Navarra. En el Plan Estratégico del Departamento de Salud se han definido las líneas de investigación prioritarias (oncología, área del corazón, neurociencias, salud pública y atención primaria) y también las áreas horizontales de la investigación.

- Crear una infraestructura ubicada en el recinto hospitalario exclusivamente para investigación.
- Crear alianzas en el entorno enfocadas a mejorar la calidad investigadora:

- Instituto Sanitario de Investigación de Navarra, creado mediante convenio de colaboración con la Universidad de Navarra y el CIMA (Centro de Investigación Médica Aplicada).
- Desarrollo de bioingeniería médica mediante convenio con la Universidad Pública de Navarra.
- Mejorar la difusión del conocimiento:
 - Favoreciendo políticas de transferencia del conocimiento a la práctica empresarial con el objetivo de que se impulse la creación de empresas a partir de la innovación.
 - Creando una oficina de transferencia de resultados de investigación (OTRI) para la difusión del conocimiento y la innovación a los ciudadanos.