

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11
instituto de salud pública

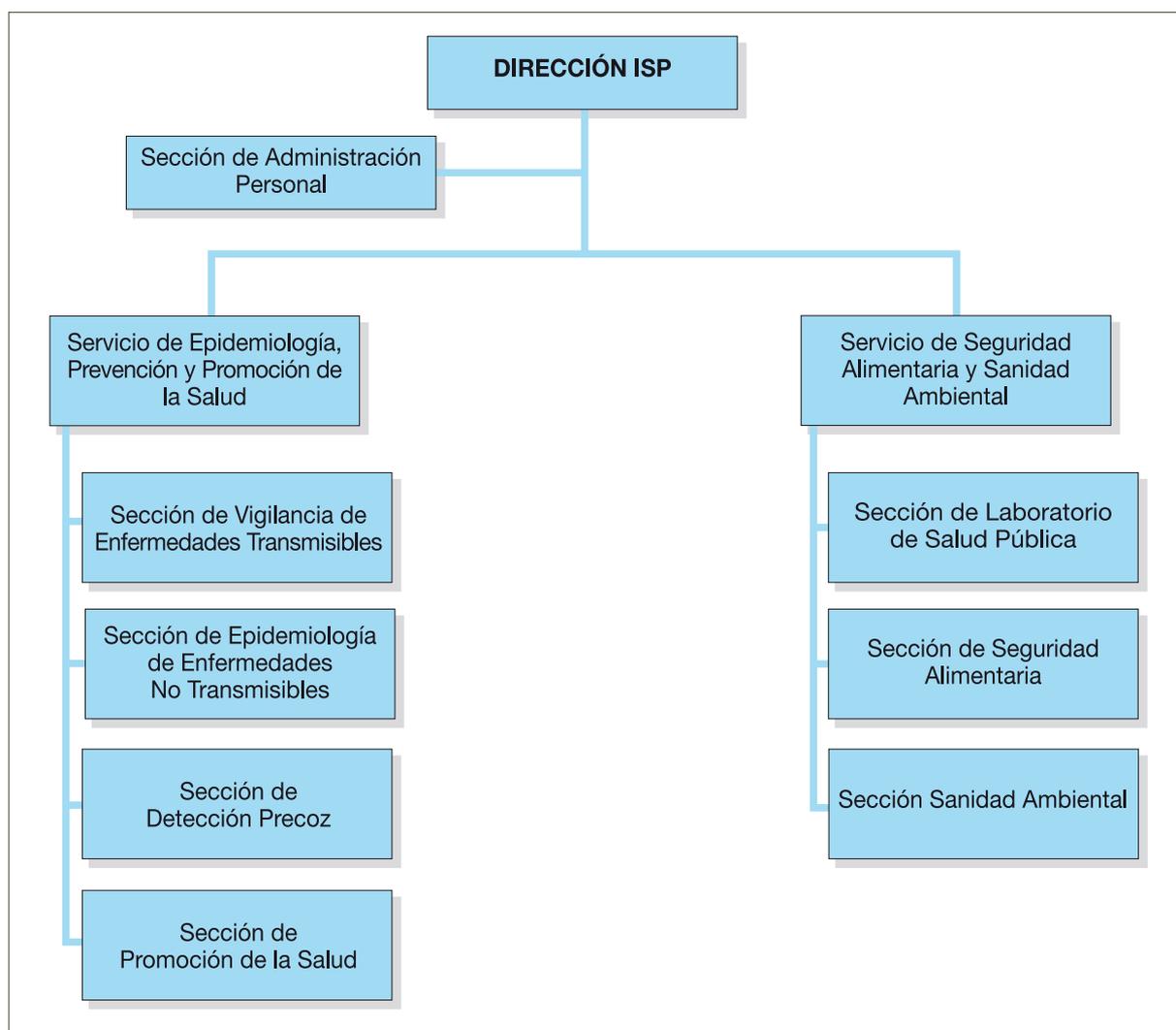
05

5.1. ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONES. ORGANIGRAMA

La estructura orgánica del Instituto de Salud Pública (ISP) se estableció mediante Decreto Foral 406/1996, de 26 de setiembre. Este Decreto Foral modificó las funciones y la dependencia orgánica del ISP que pasó a integrarse en el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, manteniendo la dependencia funcional de la Dirección General del Departamento de Salud a través de la Dirección de Servicio de Salud Pública.

La estructura orgánica del Instituto de Salud Pública ha sido modificada mediante Decreto Foral 115/2005, de 19 de setiembre, por el que se establece la estructura orgánica del centro, y la Orden Foral 122/2005, de 9 de diciembre de la Consejera de Salud, por la que se modifica la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública a nivel de unidades, definiéndose en ambas normas, las funciones de los diferentes servicios, secciones y unidades.

En el organigrama adjunto se presenta la estructura orgánica y funcional del Instituto de Salud Pública.



5.2. RECURSOS HUMANOS

Los datos de la plantilla del Instituto de Salud Pública son los siguientes:

- 1) 143 ocupados por funcionarios fijos.
- 2) 24 ocupados por contratados temporales.
- 3) 19 puestos sin cubrir.

Los 18 puestos sin cubrir corresponden a vacantes que no están cubiertas, y plazas básicas de funcionarios que ocupan otros puestos directivos en el Centro y fuera de él.

Por encima de esta plantilla existen 12 plazas estructurales.

Por lo cual, el total de empleados del Instituto de Salud Pública es de **178**.

La distribución por niveles es la siguiente:

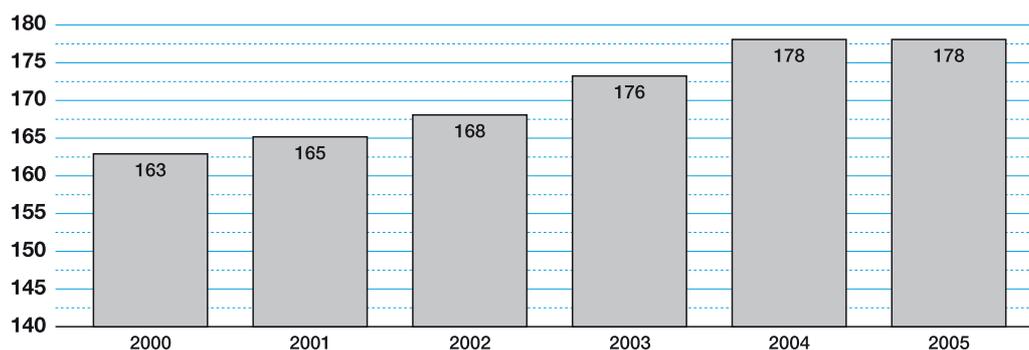
- Nivel A: 86 empleados (48,31%)
- Nivel B: 16 empleados (8,99%)
- Nivel C: 41 empleados (23,03%)
- Nivel D: 28 empleados (15,73%)
- Nivel E: 7 empleados (3,93%)

TABLA 5.1. PERSONAL POR SECCIONES. 2005

	NIVEL A			NIVEL B			NIVEL C			NIVEL D			NIVEL E			TOTAL	
	FF	CT	ES	FF	CT	ES	Nº	%									
DIRECCIÓN ISP	3						3									6	3,4%
ADMÓN Y PERSONAL				1			2			3			4	1		11	6,2%
SERV. EPID. PREV PROM	1															1	0,6%
VIG. ENF. TRANSMISIBLES	1			2						2						5	2,8%
EPID. ENF. NO TRANSMIS.	2			4			1				1					8	4,5%
DETECCION PRECOZ	6		1	1	1	1	8		4	9	2					33	18,5%
PROMOCION SALUD	3	1		2			1				1					8	4,5%
SERV. S. ALIMEN. Y S. AMB	1						1									2	1,1%
LABORATORIO S.P.	5			1			7	4	2	3	3		2			27	15,2%
SEGURIDAD ALIMENTARIA	46	6	4				6			2						64	36,0%
SANIDAD AMBIENTAL	5	1		1	2		2			2						13	7,3%
TOTALES	73	8	5	12	3	1	31	4	6	21	7	0	6	1	0	178	100,0%

Como se aprecia en la evolución de la plantilla no ha habido un cambio significativo en cuanto al número de trabajadores, manteniéndose en 178 empleados, incrementándose en 3 el número de funcionarios fijos, habiéndose consolidado en plantilla 4 plazas estructurales.

Gráfico 5.1. Evolución plantilla desde 2000 ISP



5.3. EJECUCIÓN PRESUPUESTO 2005

El grado de ejecución del presupuesto de gastos para el año 2005 ha sido del 99,99%:

TABLA 5.2. CIERRE DEL PRESUPUESTO 2005 POR CAPÍTULOS.

	PRESUPUESTO 2005			
	INICIAL	CONSOLIDADO	EJECUTADO	% E/C
CAPÍTULO I	7.461.679	7.556.122	7.556.122	100,00
CAPÍTULO II	3.250.811	3.346.847	3.346.799	100,00
CAPÍTULO IV	38.250	29.459	29.459	100,00
CAPÍTULO VI	178.000	156.000	156.000	100,00
CAPÍTULO VII				
TOTAL	10.928.740	11.088.428	11.088.380	100,00

El Presupuesto del Instituto de Salud Pública ha decrecido de 11.299.740 euros en el año 2004, a 11.029.908 euros (11.088.380 en el 2005 menos 57.989 arrastrados de la deuda del 2004) lo que supone un descenso global del -2,39%, fundamentalmente debido al descenso en las inversiones y distribuido por capítulos de la siguiente forma:

Observando los datos vemos que el Capítulo I ha aumentado más del esperado 5-6% llegando a un 7,69% sin que haya habido cambios sustanciales en la plantilla.

Respecto al Capítulo II observamos incrementos en material sanitario de consumo y productos químicos y de laboratorio, por el inicio del programa de análisis de cocinas hospitalarias, y de mantenimientos de equipos adquiridos el año anterior y que han salido de garantía. El conjunto del Capítulo II prácticamente no varía dado que el gasto de vacunas no ha crecido en el 2005.

El Capítulo VI como se ha comentado anteriormente ha sufrido grandes recortes durante el 2005 debido a la ausencia de obras nuevas, también ha habido un descenso importante en la adquisición de equipos médicos.

TABLA 5.3. COMPARATIVO PRESUPUESTO 2004-2005 POR CAPÍTULOS.

	PRESUPUESTO EJECUTADO		
	2004	2005	% 05/04
CAPÍTULO I (1)	7.015.936	7.555.639	7,69
CAPÍTULO II (1)	3.281.911	3.288.810	0,21
CAPÍTULO IV	19.306	29.459	52,59
CAPÍTULO VI	982.587	156.000	-84,12
TOTAL	11.299.740	11.029.908	-2,39

En el año 2004 se han incoado 24 expedientes de contratación administrativa utilizándose alguno de los procedimientos previstos en la Ley Foral 10/98, de contratos de las Administraciones Públicas de Navarra, lo que supone que de los 3.444.810 euros gastados en los Capítulos II y VI, 2.572.880 euros (74,68%), se ha ejecutado a través de alguno de los procedimientos previstos en la Ley Foral 10/1998 de 16 de junio, de contratos de las Administraciones Públicas de Navarra, y el resto 871.930 euros (25,32%) son gastos contratados sin expediente y con la factura como documento contractual.

5.4. DEMOGRAFÍA

La población de Navarra según los datos obtenidos del Padrón de Habitantes (Revisión a 1 de enero de 2005) era de 593.472 habitantes lo que supone que respecto a la Población de enero de 2004, la Comunidad ha crecido en este último año en 8.738 personas es decir, un 1,5%. Son cifras de la Revisión del Padrón Municipal, declaradas oficiales por el Gobierno de España mediante el Real Decreto 1358/2005, de 18 de noviembre (BOE nº 287, de 1/12/2005).

Si tenemos en cuenta estos últimos 10 años la población ha crecido en 72.898 personas, es decir un 14 % respecto a 1996 en el que se contabilizaron 520.574 habitantes y durante los últimos 30 años la población ha crecido en 109.931 personas, es decir un 22,7% más respecto al año 1975 en el que había 483.541 habitantes.

Por estructura de edad durante el año 2004, (Tabla 5.4.), el grupo de menores de 14 años con un 13,9% ha disminuido respecto al padrón de 1975, donde suponían el 26 %. Por el contrario se incrementa los mayores de 65 años que durante 1975 suponían un 11% del total de la población y en 2005 suponen un 17,7 %, que revela un progresivo envejecimiento de la población. http://www.cfnavarra.es/estadistica/agregados/poblacion/censos_padrones/piramides_1975_2004.xls#padron_2004!A1

Según los datos de 2005 los 8 municipios con población mayor que 10.000 habitantes son: Pamplona / Iruña donde viven el 32.6 % del total de la población de Navarra (193.328 personas), seguido de Tudela con 32.345 habitantes (5.5%), de Barañain con 22.295 habitantes (3.8%), de Burlada con 18.316 (3.1%), de Estella / Lizarra con 13.316 (2.2%), de Zizur Mayor con 13.052 (2.2%), Tafalla con 10.924 (1.8%) y en octavo lugar Villava que se ha situado en 10.236 habitantes (1,7%). Estos 8 municipios suponen 314.204 habitantes, el 52,9% de total de la población de Navarra, y han crecido un 5,3% respecto al año 2001 que suponían 298.263 habitantes.

TABLA 5.4. POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDADES NAVARRA. 2004

GRUPOS DE EDAD	TOTAL 1996		HOMBRES 2004		MUJERES 2004		TOTAL 2004	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-14 años	74.371	14,29	41.961	14,37	39.481	13,52	81.442	13,93
15-34 años	162.726	31,26	87.498	29,96	80.553	27,58	168.051	28,74
35-64 años	193.000	37,07	118.549	40,59	113.310	38,80	231.859	39,65
65+ años	90.477	17,38	44.051	15,08	59.331	20,31	103.382	17,68
TOTAL	520.574		292.059		292.675		584.734	

http://www.cfnavarra.es/estadistica/agregados/poblacion/censos_padrones/piramides_1975_2004.xls#padron_2004!A1

5.5. MORBILIDAD

5.5.1. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

5.5.1.1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Los sistemas de vigilancia epidemiológica tiene por objeto proporcionar información que sirva para el control de las enfermedades transmisibles en la población. Desde 1998, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Navarra comprende 34 Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) transmisibles, a las que se añaden los brotes epidémicos de cualquier etiología y origen. La declaración es realizada por los médicos de pediatría, atención primaria o asistencia especializada, ante la sospecha o diagnóstico de cualquiera de estos procesos. Se realiza en impresos normalizados, con periodicidad semanal y se dirige a la Sección de Enfermedades Infecciosas y Control de Brotes del Instituto de Salud Pública. Desde aquí la información se envía al Centro Nacional de Epidemiología, con el fin de contribuir a la vigilancia epidemiológica estatal y europea.

En 2005 se han recibido 18.729 partes semanales de notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) por parte de los médicos e instituciones declarantes, un 2,3% más que el año anterior. La principal fuente de declaración son los 436 médicos adscritos a los 54 Centros de Salud de Atención Primaria, 339 de ellos son médicos generales o de familia y 97 pediatras. También declaran al sistema diversos servicios de los hospitales públicos y privados, el centro penitenciario y sanidad militar. El 15% de estas declaraciones se recibieron con 2 ó más semanas de retraso sobre la fecha prevista. En la Tabla 5.5. se presentan los porcentajes notificación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria por Zonas Básicas y Áreas de Salud.

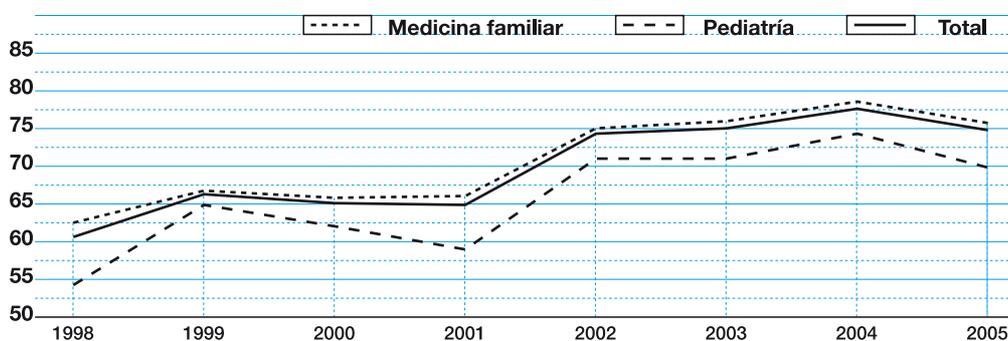
Cobertura

La cobertura del sistema de notificación, medida como el porcentaje de partes de notificación recibidos respecto al número de partes posibles (una declaración semanal por médico) ha sido del 74,8% en 2005. En el conjunto de los médicos de familia el porcentaje de declaración fue del 75,8% y en el conjunto de los pediatras del 69,8%. Tanto el porcentaje de notificación global, como el de médicos de familia y pediatras considerados por separado, han mejorado durante el último quinquenio (Gráfico 5.2.). El porcentaje de declaración fue del 83,8% en el área de Tudela, del 52,3% en el área de Estella y del 78,2% en el área de Pamplona. Sigue observándose una gran variabilidad en el porcentaje de declaración dependiendo de las zonas básicas, y en general, ha sido mayor en el conjunto de las zonas urbanas (80,7%) que en el de las zonas rurales (68,6%), probablemente debido a la informatización más precoz en las primeras.

TABLA 5.5. PORCENTAJE DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. NAVARRA. POR ZONAS BÁSICAS. AÑO 2005

ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN 2005		
01-Altsasu/Alsasua	76,3	32-Estella	78,9
02-Etxarri-Aranatz	76,5	33-Villatuerta	55,8
03-Irurtzun	0,3	34-Allo	40,8
04-Leitza	100,0	35-Ancín-Améscoa	71,8
05-Lesaka	82,4	36-Los Arcos	75,0
06-Elizondo	63,7	37-Viana	21,2
07-Donztebe/Santesteban	83,1	38-Lodosa	0,0
08-Ultzama	95,2	39-San Adrián	65,4
09-Auritz/Burguete	56,5	40-Tafalla	100,0
10-Aoiz	88,0	41-Artajona	38,0
11-Huarte/Uharte	55,0	42-Carcastillo	19,6
12-Villava/Atarrabia	84,6	43-Olite	86,3
13-Burlada	84,5	44-Peralta	92,1
14-Berriozar	95,2	45-Tudela Oeste	81,6
15-Orcoyen	100,0	46-Tudela Este	91,4
16-San Jorge	100,0	47-Valtierra	61,5
17-Rochapea	100,0	48-Corella	85,2
18-Chantrea	93,8	49-Cintruénigo	100,0
19-Casco Viejo	47,2	50-Cascante	73,6
20-II Ensanche	100,0	51-Buñuel	89,9
21-Milagrosa	22,4	61-Azpilagaña	88,7
22-Iturrama	90,3	63-Mendillorri	85,8
23-San Juan	91,9	64-Ansoain	97,7
24-Ermitagaña	96,4	ÁREAS	% DECLARACIÓN 2005
25-Zizur-Echavacoiz	64,6	Área de Pamplona	78,2
26-Barañain	97,9	Área de Estella	52,3
27-Puente la Reina	83,3	Área de Tudela	83,8
28-Noain	38,5	CAMPOS	% DECLARACIÓN 2005
29-Sangüesa	25,6	Medicina Familiar	75,8
30-Salazar	62,0	Pediatría	69,8
31-Isaba	36,5	TOTAL RED	74,8

Gráfico 5.2. EDO, Evolución del porcentaje de declaración por zona básica. 1998/2005



Incidencia

La incidencia de las enfermedades se midió a través del número de casos y de las tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Para evaluar la incidencia en el último año se utilizó el índice epidémico (IE), que es la razón entre los casos notificados en el último año y la mediana del quinquenio anterior. Cuando el índice epidémico toma un valor entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75, la incidencia es baja, y si es igual o

mayor a 1,25, la incidencia es alta. En enfermedades de baja incidencia conviene considerar márgenes más amplios, porque cambios pequeños en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice.

En la Tabla 5.6. se presenta el número de casos de cada enfermedad declarados en los años 2000 a 2005, junto con el índice epidémico de 2005. En la Tablas 5.7. se muestran las tasas de incidencia por 100.000 habitantes en los mismos años. A continuación se comentan la situación epidemiológica de las distintas enfermedades.

TABLA 5.6. CASOS E ÍNDICE EPIDÉMICO* DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. NAVARRA 2000-2005

ENFERMEDADES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	I.E.
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA							
Botulismo	--	--	--	--	1	0	--
Cólera	--	--	--	--	--	--	--
Disentería Bacilar	3	3	6	7	13	37	6,17
F.Tifoidea y Paratifoidea	--	1	2	2	0	0	--
Toxonfección Alimentaria	289	525	476	343	369	267	0,72
Triquinosis	--	--	--	--	--	--	--
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA							
Enfermedad Meningocócica	12	10	16	15	11	13	1,08
Gripe	31.112	7.778	24.870	28.300	8.441	21.952	0,89
Legionelosis	24	42	70	22	34	18	0,53
Tuberculosis Respiratoria	81	88	72	68	68	56	0,80
Otras Tuberculosis	22	11	11	11	16	26	1,63
Varicela	4.233	2.692	4.352	4.292	3.468	4.277	1,01
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL							
Infección Gonocócica	17	16	15	30	36	20	1,18
Sífilis	8	13	8	17	16	14	1,08
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN							
Difteria	--	--	--	--	--	--	--
Parotiditis	28	267	51	45	36	30	0,67
Poliomielitis	--	--	--	--	--	--	--
Rubéola	5	1	2	1	1	2	2,00
Sarampión	--	--	--	--	0	0	--
Tétanos	--	--	--	--	0	0	--
Tosferina	23	9	6	10	9	10	1
HEPATITIS VÍRICAS							
Hepatitis A	24	33	4	11	28	19	0,79
Hepatitis B	11	14	12	15	8	4	0,33
Otras Hepatitis	15	13	19	24	11	5	0,29
SIDA							
Sida	38	41	34	28	20	17	0,5
ZOONOSIS							
Brucelosis	2	7	10	8	1	2	0,25
Hidatidosis	12	9	10	10	2	3	0,15
Leishmaniasis	2	--	--	2	0	0	--
Rabia	--	--	--	--	--	--	--
ENFERMEDADES IMPORTADAS							
Fiebre Amarilla	--	--	--	--	--	--	--
Paludismo	5	16	10	7	12	8	0,80
Peste	--	--	--	--	--	--	--
Tífus Exantemático	--	--	--	--	--	--	--
OTRAS ENFERMEDADES							
Carbunco	3	--	2	0	0	0	--
Tularemia	--	--	--	--	0	0	--

* Índice Epidémico: Índice epidémico para una enfermedad dada es la razón entre el número de casos declarados en el periodo y el número de casos correspondiente a la mediana el quinquenio anterior. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24, la incidencia se considera normal. Si es menor o igual a 0,75, incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones de dicho

Los datos de incidencia de enfermedades cuyo diagnóstico es fundamentalmente hospitalario y el curso subagudo, como la hidatidosis, el sida o la tuberculosis, han de considerarse provisionales, ya que pueden sufrir algún aumento cuando se revisen las altas hospitalarias.

TABLA 5.7. TASAS X 100.000 DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. NAVARRA 2000-2005

ENFERMEDADES	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA						
Botulismo	--	--	--	--	0,17	--
Cólera	--	--	--	--	--	--
Disentería Bacilar	0,55	0,54	1,05	1,21	2,22	6,24
F.Tifoidea y Paratifoidea	---	0,18	0,35	0,35	0	0
Toxonfección Alimentaria	53,15	94,38	83,56	59,32	63,11	45,06
Triquinosis	--	--	--	--	--	--
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA						
Enfermedad Meningocócica	2,21	1,8	2,81	2,59	1,88	2,19
Gripe	5.721,67	1.398,26	4.370,80	4.892,42	1.443,56	3.705,09
Legionelosis	4,61	8,07	12,29	3,80	5,81	3,04
Tuberculosis Respiratoria	14,90	15,82	12,64	11,76	11,63	9,45
Otras Tuberculosis	4,05	1,98	1,93	1,90	2,74	4,39
Varicela	778,47	483,94	764,00	742,29	593,09	721,88
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL						
Infección Gonocócica	3,13	2,88	2,63	5,19	6,16	3,38
Sífilis	1,47	2,34	1,40	2,94	2,74	2,36
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN						
Difteria	--	--	--	--	--	--
Parotiditis	5,15	48,00	8,95	7,78	6,16	5,06
Poliomielitis	--	--	--	--	--	--
Rubéola	0,94	0,18	0,35	0,17	0,17	0,34
Sarampión	--	--	--	--	--	--
Tétanos	--	--	--	0,17	--	--
Tosferina	4,41	1,62	1,05	1,73	1,54	1,69
HEPATITIS VÍRICAS						
Hepatitis A	4,41	5,93	0,70	1,90	4,79	3,21
Hepatitis B	2,02	2,52	2,11	2,59	1,37	0,68
Otras Hepatitis	2,76	2,34	3,34	4,15	1,88	0,84
SIDA						
Sida	6,99	7,37	5,97	4,84	3,42	2,87
ZOONOSIS						
Brucelosis	0,37	1,26	1,76	1,38	0,17	0,34
Hidatidosis	2,21	1,62	1,76	1,73	0,34	0,51
Leishmaniasis	0,38	--	--	0,35	--	--
Rabia	--	--	--	--	--	--
ENFERMEDADES IMPORTADAS						
Fiebre Amarilla	--	--	--	--	--	--
Paludismo	0,96	3,07	1,76	1,21	2,05	1,35
Peste	--	--	--	--	--	--
Tífus Exantemático	--	--	--	--	--	--
OTRAS ENFERMEDADES						
Carbunco	0,58	--	0,35	--	--	--
Tularemia	--	--	--	--	--	--

Enfermedades de transmisión respiratoria

En el año 2005 se han notificado 21.952 casos de *Gripe*, cifra que supone una tasa de 37,05 casos por 1000 habitantes. El número de casos se mantiene en cifras similares a la mediana del último quinquenio (IE: 0,89). El pico epidémico de gripe de la temporada 2004-2005 fue de dimensiones medias y se produjo entre los meses de enero y febrero de este segundo año.

La *Varicela*, con 4.277 casos notificados (7,22 casos por 1000 habitantes) se mantiene en cifras similares a las de años anteriores (I.E.: 1,01). La máxima declaración de casos se produjo durante la primavera, con más de 100 casos semanales. Entre los meses de marzo a junio se notificaron 2.928 casos, que suponen el 68% de todos los del año.

Durante 2005 se notificaron al sistema 13 casos de *Enfermedad Meningocócica*, lo que supone una tasa de 2,19 casos por 100.000 habitantes. Los 13 casos se presentaron de forma esporádica. En 10 ocasiones se aisló *Neisseria Meningitidis* serogrupo B, en 2 el serogrupo C y en el caso restante el serogrupo Y. Tres casos (23%) se produjeron en niños menores de 2 años y 6 casos (46%) entre 3 y 15 años. Otros 3 casos (23%) ocurrieron en personas mayores de 70 años. Todos los niños y jóvenes menores de 20 años afectados estaban vacunados frente al meningococo C y en ninguno de ellos se aisló *Neisseria Meningitidis* serogrupo C. Los dos pacientes en los que se aisló este serogrupo eran adultos y no estaban vacunados. La forma clínica de presentación más frecuente fue la sepsis (84,6%), seguida por la meningitis (23,1%), si bien en uno de estos casos coincidieron ambas formas clínicas. En un caso se produjo el fallecimiento, lo que supone una letalidad del 7,7%.

La incidencia de *Enfermedad Meningocócica* se mantiene respecto a la mediana de los 5 años anteriores (IE: 1,08). El serogrupo B se consolida como el predominante desde la introducción de la vacuna antimeningocócica, ya que hay que tener en cuenta que ésta no protege frente al mismo.

Los aislamientos de *Neisseria meningitidis* se envían para completar su estudio desde los Servicios de Microbiología de los hospitales al laboratorio de referencia del Centro Nacional de Microbiología en Majadahonda. En 6 de los 13 casos confirmados microbiológicamente se pudo conocer el tipo y/o el subtipo, observándose una gran variabilidad. El tipo 2a y el tipo 4 se repitieron cada uno de ellos en dos casos. Se detectaron 2 casos con el subtipo P1.5, y casos aislados de los subtipos P1.2, P1.4 y P1.16.

En 2005 se notificaron 18 casos de *Legionelosis* (3,04 casos por 100.000 habitantes), lo que supone un descenso del 47% respecto a la mediana del quinquenio anterior (I.E.:0,53). Además de los casos mencionados, en los hospitales de Navarra se diagnosticaron otros 5 casos que fueron asignados epidemiológicamente a otras comunidades autónomas. Además, en otros dos casos parte del periodo de incubación transcurrió durante estancias fuera de Navarra, lo que impidió asignar con seguridad el lugar en el que se produjo la infección. Todas las *legionelosis* se presentaron de forma esporádica y no se produjo ningún fallecimiento por esta causa. De los 18 casos de *Legionelosis* asignados a Navarra, el 83% eran varones y el 55,6% eran mayores de 65 años.

La notificación de casos de *Tuberculosis respiratoria* mantiene una tendencia descendente. En 2005 se notificaron 56 casos (Tasa: 9,45 casos por 100.000 habitantes), siendo el índice epidémico de 0,80. Por el contrario, los casos de *Tuberculosis* de localización no respiratoria han aumentado ligeramente hasta 26 casos (4,39 casos por 100.000 habitantes), y el índice epidémico fue de 1,63. Estos casos todavía pueden aumentar cuando se complete la revisión de las altas hospitalarias. Dos de los casos de tuberculosis tuvieron localización meníngea, ambos en personas de edad avanzada.

Globalmente considerada, la incidencia de *Tuberculosis* en todas sus formas clínicas fue de 13,84 casos por 100.000 habitantes. Nueve de los casos de tuberculosis (10,5%) se agruparon en tres brotes entre familiares o convivientes.

Más de un tercio de los casos de *Tuberculosis* se produjeron en personas inmigrantes. Este porcentaje ha aumentado en los últimos años desde el 1,7% en 1996 hasta 40,2% en 2005. No obstante, buena parte de los diagnósticos en inmigrantes (39%) son de tuberculosis extrarrespiratorias, que se deben a reactivación de infecciones antiguas y no tienen riesgo de transmisión a otras personas. En 1996 el 21,0% de los casos de Tuberculosis estaban coinfectados con VIH, este porcentaje ha caído por debajo del 5% desde 2003, situándose en el 2,4% en 2005.

Enfermedades de transmisión alimentaria

Las *Toxinfecciones alimentarias*, con 267 casos confirmados microbiológicamente en 2005, han disminuido ligeramente respecto a años anteriores. El índice epidémico fue de 0,72. Aunque se produjeron casos a lo largo de todo el año, la mayor incidencia se dio entre los meses de agosto y noviembre. Se declararon 38 brotes de toxinfecciones alimentarias en los que se vieron afectadas 311 personas, incluyendo tanto los casos confirmados microbiológicamente como los casos probables. En 34 afectados se requirió la asistencia en el hospital.

Por otra parte, se notificaron 37 casos confirmados de *Disentería bacilar* (tasa, 6,24 por 100.000 habitantes), todos ellos con detección de *Shigella* en el coprocultivo, todos ellos por *S sonnei*, con la excepción de un caso en el que

se detectó *S flexneri*. Su incidencia fue mayor que la de años anteriores (IE: 6,17). Se detectaron dos brotes por *Shigella sonnei* que afectaron a un total de 34 casos, entre los confirmados y los probables. Uno afectó a cuatro personas de una misma familia y el otro fue un brote colectivo con 30 afectados. En 7 casos confirmados había antecedentes de estancia reciente en países de Asia, África o Latinoamérica.

No se declararon casos de Fiebre tifoidea, Botulismo, Triquinosis ni de Cólera.

Enfermedades prevenibles por inmunización

Por sexto año consecutivo, no se ha notificado ningún caso de *Sarampión* en Navarra. Esta enfermedad está sometida a un plan para su eliminación promovido por la Organización Mundial de la Salud. Este plan implica la declaración urgente de todo caso sospechoso, considerando como tal a todo cuadro de rash generalizado de 3 ó más días de duración con fiebre mayor de 38,3°C, que curse con tos, coriza o conjuntivitis. Todos los casos sospechosos han de ser estudiados para poder constatar con garantías la eliminación del *Sarampión*. La *Rubéola* también sigue un curso hacia la desaparición. En 2005 se notificaron dos casos.

Se han notificado 10 casos de *Tos ferina* (IE:1,00), 5 fueron casos confirmados y otros 5 fueron diagnósticos de sospecha clínica. El 60% de los casos ocurrieron en niños de 1 a 3 meses de edad, cuatro de ellos antes de recibir la primera dosis de vacuna.

Tras la situación epidémica que presentó la *Parotiditis* en 2001 con 267 casos, continúa la remisión en la incidencia por cuarto año consecutivo, con un descenso hasta 30 casos en 2005 (5,06 por 100.000). La mayor parte de estas notificaciones son sospechas clínicas sin confirmación virológica ni serológica.

No se ha notificado ningún caso de *Polio*, *Sarampión*, *Tétanos* ni *Difteria*.

Zoonosis

A través del sistema EDO se han notificado 3 casos de *hidatidosis* (0,51 por 100.000 habitantes), si bien, este número puede verse muy incrementado ya que está pendiente de la revisión de las altas hospitalarias, dado que se trata de una enfermedad de diagnóstico eminentemente hospitalario.

En 2005 se notificaron 2 casos de Brucelosis (0,34 por 100.000 habitantes; IE:0,25), lo que supone una disminución de la incidencia de un 75% respecto al promedio del quinquenio anterior. Un caso pudo estar relacionado con exposición profesional y el otro con la ingesta de queso sin control sanitario traído de fuera de Navarra.

No se notificó ningún caso de *Carbunco*, de *Rabia*, ni de *Leishmaniasis*.

Enfermedades de transmisión sexual

En 2005 se ha interrumpido el ascenso que venía produciéndose en los últimos años en el número de casos de *Infección Gonocócica* y de *Sífilis*. Se notificaron 20 casos de *Infección Gonocócica* (3,38 por 100.000 habitantes) y 14 casos de *Sífilis* (2,36 por 100.000 habitantes). Estas cifras son inferiores a las del año anterior, y están en rangos similares al promedio del último quinquenio.

Hepatitis víricas

Durante el año 2005 se han declarado 19 casos de *Hepatitis A* (3,21 por 100.000 habitantes), lo que supone un descenso del 21% en comparación con la mediana del pasado quinquenio. Se declararon 3 brotes entre familiares o convivientes del mismo domicilio y un brote escolar. Entre los 4 brotes enfermaron un total de 14 personas. Los restantes casos aparecieron de forma aislada.

La incidencia de *Hepatitis B* ha disminuido a 4 casos, lo que supone un 67% menos que la mediana del quinquenio anterior (IE:0,33). Este descenso resulta lógico, ya que en Navarra la población menor de 27 años fue vacunada por calendario infantil. Todos los casos se han producido en personas no vacunadas.

Los 5 diagnósticos clasificados en la rúbrica de "*Otras Hepatitis*" correspondieron todos ellos a pacientes con serología positiva para el virus de la *Hepatitis C*. El grupo de "*otras hepatitis*" ha presentado una incidencia un 71% menor que la mediana de los últimos cinco años. Los casos de infección por el virus de la Hepatitis C, aunque son nuevos diagnósticos, pueden corresponderse tanto a infecciones recientes como a infecciones crónicas, ya que no disponemos de un marcador que permita diferenciarlas.

Sida

En 2005 se han notificado 17 casos de sida en Navarra (2,87 por 100.000 habitantes). Este dato puede aumentar ligeramente cuando se revisen las altas hospitalarias, pero aún teniendo en cuenta este eventual efecto, se puede concluir que se mantiene la tendencia descendente de años anteriores (IE: 0,50).

Enfermedades importadas

Algunas de las enfermedades del sistema EDO se clasifican directamente como importadas, al no existir casos autóctonos. De todas ellas, el Paludismo fue la única de la que se notificaron casos en 2005. En total se declararon 8 casos de esta enfermedad, un 20% menos que la mediana de los últimos 5 años. Todos ellos causaron ingreso hospitalario y evolucionaron a la curación. En 6 casos se identificó el *Plasmodium Falciparum*, todos con antecedentes de estancia en países de África. En los otros dos casos restantes no se pudo identificar el tipo de *Plasmodium*. Los 8 casos de paludismo fueron importados y afectaron a turistas, cooperantes e inmigrantes. Siete casos se produjeron en personas que habían estado en países de África subsahariana y 1 en una persona que había visitado Guatemala y Méjico.

BROTOS EPIDÉMICOS

TABLA 5.8. EVOLUCIÓN DE BROTOS EPIDÉMICOS 1996-2005

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Toxiinfecciones Alimentarias	23	18	18	17	12	19	16	14	42	38
Brotos Hidricos	10	4	3	2	1				--	--
Tuberculosis Respiratoria	1	4	3	1	4	1	5	2	5	3
Enferm. Meningocócica	1	1							--	--
Otros	14	4	6	4	5	4	3	2	7	13
TOTAL	49	31	30	24	22	24	24	18	54	54

En la Tabla 5.8 se resumen los brotes de diversa etiología declarados en Navarra entre 1996 y 2005. En 2004 aumentó el número de brotes declarados, lo cual se explica en parte, por una mejora de la declaración coincidiendo con la implantación del sistema de historia clínica informatizada en la mayoría de los centros de salud. En 2005 el número de brotes declarados se ha mantenido prácticamente estable respecto a 2004. En total se declararon 54 brotes: 38 fueron de toxiinfecciones alimentarias, 7 por transmisión aérea, 6 por transmisión fecal-oral, 1 por fómites y 1 consistió en un cuadro gastrointestinal leve con patrón de propagación aérea en el que no se logró aislar el agente causal.

En 33 de los 38 brotes (87%) de toxiinfección alimentaria se pudo demostrar el agente causal: en 30 se aisló *Salmonella enteritidis*, en 2 *Salmonella typhimurium* y en 1 se aisló *Campylobacter jejuni*. La mayoría de los brotes de toxiinfección alimentaria (47%) se produjeron en ámbito familiar o doméstico.

Navarra se vio afectada, al igual que otras muchas comunidades autónomas españolas, por un brote de toxiinfección alimentaria por *Salmonella hadar* grupo C que se produjo en el mes de julio en relación con el consumo de pollo asado envasado. En Navarra este brote se concretó en 7 agregaciones de casos entre familiares o amigos, además de un caso aislado. En total enfermaron 30 personas, una de las cuales requirió ingreso hospitalario, y en 14 se realizó confirmación microbiológica del diagnóstico.

De los 6 brotes atribuidos a transmisión fecal-oral, 4 fueron por hepatitis A y 2 por disentería bacilar. De los brotes de hepatitis A 3 fueron en familiares o convivientes y uno afectó a cuatro personas de un mismo centro escolar. Los dos brotes de disentería se debieron a *Shigella sonnei*, uno ocurrió en el ámbito familiar y el otro en una colectividad.

Se detectaron 5 casos *Listeriosis* con cultivo positivo para *Listeria monocytogenes* ocurridos en un intervalo de 4 semanas. Cuatro casos ocurrieron en embarazadas y el quinto se presentó en forma de encefalitis. Cuatro de las 5 cepas fueron analizadas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, encontrándose identidad entre ellas. La encuesta epidemiológica no aportó información concluyente sobre el posible origen. Desde entonces se ha establecido una vigilancia exhaustiva de esta infección, y no se han detectado nuevos casos. En otros brotes descritos en la bibliografía, esta infección se ha asociado al consumo de quesos o embutidos, especialmente, los que se empaquetan y refrigeran previamente loncheados.

En 2005 se puso especial énfasis en la investigación de brotes de transmisión aérea en colectividades. Se identificaron 3 brotes de gripe A(H3) en centros geriátricos, con tasas de ataque elevadas tanto en no vacunados como en vacunados. También se notificó un brote de bronconeumonía, sin que se pudiese establecer el agente etiológico.

Durante 2005 se investigaron 4 agrupaciones epidemiológicas de casos de tuberculosis en grupos de familiares o convivientes, sospechosas de haberse producido transmisión del bacilo. En una de estas agrupaciones se encontró distinto patrón genético de *Mycobacterium tuberculosis*, lo que descartó que hubiese habido transmisión. Las otras tres agrupaciones tenían 2, 3 y 4 casos, respectivamente, y en todas ellas se confirmó el mismo patrón genético de *M tuberculosis*.

COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA

TABLA 5.9. EDO EN NAVARRA, ESPAÑA Y COMUNIDADES LIMÍTROFES. TASAS POR 100.000. AÑO 2005

ENFERMEDADES	NAVARRA		ARAGÓN		PAÍS VASCO		RIOJA		ESPAÑA	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA										
Botulismo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	1,95	15	0,04
Cólera	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Disenteria	37	6,90	7	0,60	42	2,10	3	1,17	184	0,46
F. tifoidea y paratifoidea	0	0,00	2	0,17	3	0,15	2	0,78	71	0,18
Triquinosis	0	0,00	6	0,52	0	0,00	0	0,00	11	0,03
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA										
Enfermedad Meningocócica	13	2,42	21	1,81	100	5,01	10	3,90	824	2,10
Gripe	21.952	4.091,36	59.616	5.150,58	59.305	2.968,94	10.485	4.093,67	1.339.904	3.375,84
Legionelosis	18	3,35	85	7,34	110	5,51	9	3,51	1.226	3,09
Meningitis tuberculosa	2	0,37	0	0,00	7	0,35	0	0,00	66	9,17
Tuberculosis respiratoria	56	10,44	255	22,03	429	21,48	41	16,01	4.759	11,99
Varicela	4.304	802,17	6.773	585,16	10.628	532,06	687	268,23	144.868	364,99
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										
Infección gonocócica	20	3,73	18	1,56	16	0,80	7	2,73	1.185	2,99
Sífilis	14	2,61	38	3,28	22	1,10	8	3,12	1.290	3,21
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN										
Difteria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Parotiditis	33	6,15	121	10,45	47	2,35	4	1,56	2.345	5,91
Poliomielitis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rubeola	2	0,37	2	0,17	15	0,75	0	0,00	592	1,49
Sarampión	0	0,00	1	0,09	0	0,00	3	1,17	22	0,06
Tétanos	0	0,00	1	0,09	1	0,05	0	0,00	18	0,05
Tos Ferina	10	1,86	25	2,16	5	0,25	0	0,00	292	0,74
HEPATITIS VÍRICAS										
Hepatitis A	19	3,54	18	1,56	98	4,91	10	3,90	1.059	2,67
Hepatitis B	4	0,75	39	3,37	26	1,30	2	0,78	632	1,59
Otras hepatitis víricas	0	0,00	42	3,63	10	0,50	8	3,12	661	1,67
ZOONOSIS										
Brucelosis	2	0,37	19	1,64	0	0,00	1	0,39	328	0,83
Rabia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
ENFERMEDADES IMPORTADAS										
Fiebre amarilla	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Paludismo	8	1,49	29	2,51	18	0,90	3	1,17	312	0,79
Peste	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tifus exantemático	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
OTRAS ENFERMEDADES										
Lepra	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	0,03
Rubéola congénita	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,01
Sífilis congénita	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	13	0,03
Tétanos neonatal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Con el fin de obtener un marco de referencia para algunos de los datos presentados, se compararon las tasas de notificaciones de EDO en Navarra con las tasas provisionales del conjunto de España para 2005. Esta comparación puede verse afectada por el mayor tiempo necesario para completar la recepción de notificaciones en el nivel estatal, por lo que sus datos pueden estar parcialmente incompletos. Además, algunas diferencias en las comparaciones geográficas pueden deberse a diferentes grados de cobertura de los sistemas de notificación. Para algunas enfermedades como la tuberculosis, las **declaraciones de EDO se completa en Navarra con a búsqueda activa en otras fuentes como el Sistema de Información Microbiológica**, las altas hospitalarias, el registro de mortalidad,

partes de anatomía patológica y el registro de sida. Esta búsqueda activa de casos se realiza sólo en algunas comunidades autónomas, que por tanto, alcanzarán un mayor nivel de exhaustividad.

La tasa de enfermedad meningocócica en Navarra en 2005 (2,42 por 100.000) fue muy similar a la del conjunto de España (2,10 por 100.000 habitantes), si bien el País Vasco y La Rioja presentaron tasas de incidencias algo más elevadas (5,01 y 3,90 por 100.000, respectivamente). El porcentaje de casos con aislamiento del serogrupo C fue también similar en Navarra (16%) que en España (19%), y la letalidad de los casos estuvo en un rango próximo (7,7% y 9,9%, respectivamente).

La tasa de notificaciones de gripe durante 2005 fue algo mayor en Navarra que en España (40,9 frente a 33,8 por 1000), y lo mismo ocurrió con la varicela (8,0 frente a 3,6 por 1000 habitantes).

La incidencia de legionelosis en Navarra (3,4 por 100.000 habitantes) ha descendido a niveles próximos al promedio estatal (3,1 por 100.000). Si bien, cabe destacar que en Navarra se realiza la búsqueda rutinaria del antígeno en orina en los pacientes con neumonía.

A pesar de las agrupaciones de casos antes mencionadas, la incidencia de tuberculosis respiratoria en Navarra (11,6 por 100.000 habitantes) se mantiene por debajo de la tasa estatal (14,3 por 100.000). Esta diferencia será probablemente mayor, si tenemos en cuenta que la notificación en Navarra es completada mediante la búsqueda activa de casos.

En cuanto a las enfermedades prevenibles por inmunización, mientras que en Navarra no se ha notificado ningún caso de sarampión desde 1999, en el conjunto de España siguen detectándose casos, con una tasa de 0,06 por 100.000 habitantes en 2005. Como se ha dicho antes, en Navarra se notificaron dos casos de rubéola, lo que supuso una tasa de 0,34 por 100.000 habitantes, algo menor que los 1,49 casos por 100.000 en el nivel estatal. Las notificaciones de parotiditis en 2005 en Navarra se situaron en tasas similares a las del conjunto de España, con 5,1 y 5,9 por 100.000 habitantes, respectivamente. La gran mayoría de estos casos son sospechas clínicas sin confirmación serológica, por lo que su interpretación ha de hacerse de forma matizada. La tasa de tos ferina es algo mayor en Navarra que en el conjunto del estado (1,69 y 0,74 por 100.000 habitantes, respectivamente), si bien, mayoría de estos casos se diagnostican por sospecha clínica sin confirmación microbiológica.

La incidencia de hepatitis A en Navarra en 2005 es similar a la de España (3,2 y 2,7 por 100.000, respectivamente). Este aumento se puede explicar por la coincidencia en el mismo año de varios brotes familiares, como se ha explicado anteriormente. Las tasas de hepatitis B y de otras hepatitis víricas en Navarra son algo inferiores a las estatales.

Las enfermedades de transmisión sexual están sujetas a una importante subnotificación en todas las comunidades autónomas. En Navarra la notificación ha mejorado gracias al apoyo informático en atención primaria, pero este hecho puede estar afectando a las comparaciones geográficas. No obstante, en 2005 Navarra tiene tasas similares a las españolas tanto en sífilis (2,4 y 3,3 por 100.000) como de gonococia (3,4 y 3,0 por 100.000, respectivamente).

Entre las zoonosis, la brucelosis es la más frecuente en nuestro medio. En 2005 la tasa en Navarra aumentó ligeramente hasta 0,34 por 100.000 habitantes, aunque todavía se sitúa por debajo de la de España, 0,83 casos por 100.000 habitantes. Desde 1998 no se han notificado casos de triquinosis en Navarra, mientras que en España, aunque la tendencia es descendente, todavía se notificaron 11 casos en 2005 (0,03 casos por 100.000 habitantes).

Por último, en lo que respecta a la incidencia de enfermedades importadas, la tasa de paludismo en Navarra se sitúa en 1,35 casos por 100.000 habitantes, mientras que en España ha descendido hasta (0,79 por 100.000 habitantes).

Durante 2004 no se notificó en España ningún caso de cólera, difteria, poliomielitis, rabia, fiebre amarilla, peste, tifus exantemático, rubéola congénita ni tétanos neonatal. Sin embargo, entre las enfermedades de baja incidencia cabe destacar la notificación de 15 casos de botulismo, 18 de tétanos, 10 de lepra, 4 de rubéola congénita y 13 sífilis congénitas.

En comparación con las comunidades autónomas limítrofes (Aragón, País Vasco y La Rioja), Navarra presentó en 2005 tasas menores de tuberculosis respiratoria y mayores de disentería.

5.5.2. OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

5.5.2.1.- SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

TABLA 5.10. Nº DE CASOS DE INFECCIÓN POR VIH Y SIDA POR AÑO DE DIAGNÓSTICO EN NAVARRA. (1985-2005)

AÑO	DIAGNÓSTICOS DE VIH EN RESIDENTES EN NAVARRA			DIAGNÓSTICOS DE VIH EN RESIDENTES TEMPORALES EN NAV.			SIDA		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1985	84	22	106	11	4	15	2	0	2
1986	72	37	109	16	3	19	4	0	4
1987	115	50	165	23	7	30	10	2	12
1988	72	32	104	56	21	77	21	3	24
1989	79	30	109	44	17	61	17	3	20
1990	84	32	116	48	15	63	34	10	44
1991	94	42	136	49	16	65	31	19	50
1992	94	35	129	51	21	72	46	16	62
1993	76	26	102	51	11	62	53	27	80
1994	59	26	85	44	11	55	65	25	90
1995	55	23	78	35	15	50	61	29	90
1996	47	10	57	21	12	33	56	19	75
1997	31	17	48	30	8	38	31	13	44
1998	46	12	58	11	5	16	31	13	44
1999	31	10	41	5	0	5	27	9	36
2000	31	10	41	5	1	6	19	5	24
2001	25	17	42	5	2	7	11	10	21
2002	24	9	33	3	3	6	26	5	31
2003	20	12	32	2	1	3	16	4	20
2004	23	11	34	4	3	7	15	7	22
2005	19	5	24	3	3	6	12	5	17
TOTAL	1181	468	1649	517	179	696	588	224	812

En 2005 se diagnosticaron 24 nuevas infecciones de VIH, de las cuales el 79,2% correspondiendo a varones y el 20,8% a mujeres. Estas nuevas infecciones representan la cifra más baja desde el comienzo del diagnóstico en nuestra comunidad en 1985 y la séptima parte de las diagnosticadas en 1987 que ascendían a 165.

Entre las nuevas infecciones diagnosticadas en 2005 la categoría de riesgo de transmisión heterosexual supera a la de uso compartido de material de inyección.

Desde el comienzo de la epidemia se han diagnosticado entre residentes en Navarra 1.654 casos de infección por VIH, la mayor parte de los mismos, el 68% son atribuidos al uso compartido de material de inyección y en segundo lugar la transmisión heterosexual con el 15%.

En el 2005, se han declarado 17 casos nuevos de sida en personas residentes en Navarra. La incidencia de la enfermedad ha descendido ligeramente desde el año anterior. De los casos declarados en este año, 12 corresponden a varones y 5 a mujeres. En el 41% de los casos la categoría de riesgo es la de uso compartido de material de inyección, y en el 35% la transmisión fue debida a relaciones heterosexuales de riesgo. De esta forma también en la incidencia de nuevo casos de sida, al igual con lo que ya ocurría con las nuevas infecciones por VIH, la categoría de riesgo de transmisión heterosexual supera a la de uso compartido de material de inyección.

En el periodo 1985-2005 se han declarado 811 casos de sida. De ellos, el 73% en varones y el 27% restante en mujeres. La media de edad de la persona en el momento del diagnóstico es de 34 años (35 en varones y 31 en mujeres). El grupo de edad más representado es el de 30 a 39 años (50,6 de los casos), seguido del de 20 a 29 años (28,7%).

Globalmente el mecanismo de transmisión que ha ocasionado más casos de sida sigue siendo el uso compartido de material de inyección (68,6%). A nivel nacional también es mecanismo de transmisión más frecuente con el 63,0% de los casos.

5.5.2.2. ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

INCIDENCIA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

TEMPORADAS 2000-2001 a 2003-2004

Se define como caso de enfermedad neumocócica invasora, todo paciente ingresado o atendido en urgencias hospitalarias, con diagnóstico microbiológico de *S. pneumoniae* en sangre, líquido pleural, líquido cefalorraquídeo (LCR) o en otros lugares normalmente estériles.

Las fuentes de casos han sido todos los laboratorios de Microbiología de Navarra. Concretamente han aportado casos los laboratorios de Microbiología de los hospitales Virgen del Camino, Hospital García Orcoyen, Hospital Reina Sofía y Clínica Universitaria de Navarra.

El laboratorio de Microbiología de Ambulatorio General Solchaga ha centralizado todas las cepas aisladas. El estudio del serotipo lo ha realizado el laboratorio nacional de referencia de neumococo del Centro Nacional de Microbiología. En todos los casos se ha investigado el serotipo y el antecedente de vacunación.

El Servicio de Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública ha sido el encargado de coordinar el estudio, acceder a las historias clínicas e investigar en los casos el antecedente de vacunación.

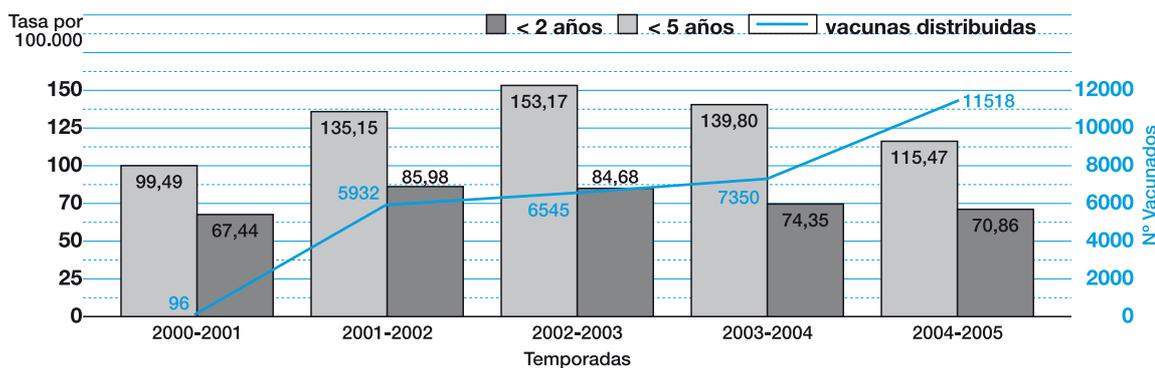
Los datos sobre el número de vacunas antineumocócicas administradas en Navarra se han obtenido de Sección de Inspección de Centros y Actividades Sanitarias de la Dirección General de Salud de Navarra.

Se representa la Incidencia de Enfermedad Neumocócica Invasiva en Navarra durante las temporadas (y las vacunas distribuidas en Navarra a las oficinas de farmacia en las diferentes temporadas Gráfico 5.3.). Podemos ver que a pesar del ligero estancamiento del crecimiento de las vacunaciones debido a la situación de escasez entre las temporadas 2002-2003 y 2003-2004, existe un incremento progresivo de las vacunas distribuidas en nuestra comunidad.

La población Navarra menor a un año, según la actualización del Padrón Municipal a 1 de enero de 2005 es de 5.978 habitantes. Con las 11.518 vacunas distribuidas en Navarra en la última temporada, la cobertura vacunal alcanzaría 48% si aplicáramos una pauta de cuatro dosis a todos los nacidos y aumentaría al 64% si aplicara una pauta de tres dosis a todos los nacidos. En cualquier caso la cobertura sería superior a 48%.

En columnas podemos observar que la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en niños menores de dos y cinco años no ha disminuido y en la última temporada 2004-2005, después de cuatro temporadas vacunando, se observan tasas superiores a la temporada prevacunacional (2000-2001). Podemos afirmar con los datos de Navarra, que el incremento progresivo de la vacunación no se ha visto traducido en un descenso de la enfermedad.

Gráfico 5.3. Incidencia de enfermedad Neumocócica Invasiva. Navarra temporadas 00/01 a 04/05



5.5.3. REGISTRO DE CÁNCER

INCIDENCIA DE CÁNCER EN NAVARRA. 1998-2001

Los últimos datos de incidencia de cáncer disponibles en el Registro de Cáncer de Navarra corresponden al año 2001. Se presentan las estadísticas agrupadas de los años 1998 a 2001 con la finalidad de estabilizar los indicadores

En los cuatro años estudiados se registraron un total de 13.496 tumores malignos en la población residente en Navarra, con un promedio de 3.374 nuevos casos de cáncer por año. Para todos los cánceres excepto piel-no melanoma las tasas de incidencia bruta fueron de 548 y 371 por 100.000 en hombres y en mujeres, las tasas ajustadas a la población mundial de 312 y 203 respectivamente y las tasas acumuladas de 37,9% en hombres y de 21,9% en mujeres (Tabla 5.11.).

Un 58 % de los cánceres se presentaron en hombres. En cuanto a la edad al diagnóstico, el 68% de los cánceres registrados en hombres y el 59% en mujeres, se presentaron en población mayor de 65 años. La edad media en el momento de diagnóstico fue de 69,7 años para los hombres y de 67,7 para las mujeres. En la curva por edad sigue destacando que entre los 30 a 49 años, las tasas de incidencia específicas fueron más altas en las mujeres que en los hombres, a expensas del cáncer de mama. Antes de los 25 y a partir de los 50 años el riesgo de presentar un cáncer es mayor entre los hombres.

En la tabla 5.12 se presenta para cada localización tumoral, el número y porcentaje de casos, la tasa bruta y las tasas ajustadas en el periodo 1998-2001 y en el quinquenio anterior, 1993-1997. Entre los hombres, excluyendo los tumores de piel no melanoma, los cánceres más frecuentemente diagnosticados fueron el cáncer de próstata, pulmón, colorectal y vejiga que sumaron el 58% de los cánceres. Entre las mujeres destacan el cáncer de mama, colorectal, útero y estómago que sumaron el 54% de todos los tumores. Excluyendo piel no melanoma, cada año 1.500 hombres y 1.000 mujeres navarras desarrollaron un cáncer en el periodo 1998-2001.

La tasa de incidencia media anual de cáncer ajustada a la población mundial para todos los cánceres excepto piel no melanoma fue de 312 por 100.000 en los hombres y de 203 por 100.000 en las mujeres y las tasas acumuladas de 37,9% y 21,9%, respectivamente, lo que supone que aproximadamente uno de cada tres hombres y una de cada cinco mujeres residentes en Navarra serán diagnosticadas de un cáncer antes de los 75 años, si las tendencias no se modifican y en ausencia de mortalidad por otra causa.

La incidencia global de cáncer en el periodo 1998-2001 ha aumentado un 4% en los hombres y un 7,5% entre las mujeres respecto al quinquenio 1993-97.

En el periodo 1998-2001 si consideramos el conjunto de los tumores excepto los de piel no melanoma, el diagnóstico fue verificado histológicamente en el 90% de los casos, en el 8% el diagnóstico se realizó por métodos no microscópicos (radiología, TAC, ultrasonidos, etc.) y en el 2% de los casos sólo se tuvieron datos del certificado de defunción. Se dispuso del dato de la edad al diagnóstico o la fecha de nacimiento en el 100% de los pacientes y en un 2,8% de los casos la localización del tumor fue clasificada como mal definida, desconocida o no especificada.

El cáncer de próstata en este periodo sigue siendo la localización más frecuentemente diagnosticada entre los hombres de Navarra con un 20,5% del total de casos. Durante este periodo sigue el incremento de las tasas ajustadas, incremento observado en muchos países y que se atribuye en buena medida a la introducción de nuevas técnicas para el diagnóstico precoz, específicamente el "Prostate Specific Antigen" (PSA). Navarra presentó las tasas de incidencia más altas a nivel de los registros españoles en el periodo 1993-1979. En cambio la mortalidad por cáncer de próstata que había presentado una tendencia creciente en la década de los 80, ha comenzado a presentar una tendencia descendente de las tasas de mortalidad como ocurre en otros países industrializados de Europa y Estados Unidos.

El cáncer de pulmón representa el 16,5% de los cánceres entre los varones y el 3,1% entre las mujeres. En los casi 30 años del Registro de Cáncer, los datos muestran un aumento de las tasas de incidencia de cáncer de pulmón entre los varones que se mantiene por lo menos hasta el año 2001 y que se encuentra lejos de la tendencia descendente observada en algunos países de la Unión Europea o los Estados Unidos. Los últimos datos sobre mortalidad por cáncer de pulmón en Navarra señalan que la mortalidad prematura (en población menor de 70 años) por este cáncer en hombres parece haberse estabilizado en el último quinquenio (2000-2004). Respecto a la situación del cáncer de pulmón y de otros tumores relacionados con el tabaquismo entre las mujeres los datos muestran que, como ocurre en todos los países, las tasas de incidencia de las mujeres son mucho más bajas que entre los varones. La incidencia se ha mantenido baja durante las décadas de los 70 y 80 para comenzar a aumentar de manera significativa en la década de los 90, hasta llegar a duplicarse. Este incremento ha sido documentado igualmente por los datos de otros registros de cáncer de España y es reflejo de una incorporación más tardía de las mujeres al hábito de fumar en nuestro país. Los últimos datos de mortalidad reflejan un aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres jóvenes.

En Navarra, el cáncer colorrectal es el tercero más frecuente después del de pulmón y próstata en los hombres. Entre las mujeres se sitúa en segundo lugar, tras el cáncer de mama. Este patrón es el mismo que se ha observado en la Unión Europea en los años 90. Las tasas de incidencia han aumentado de manera mantenida desde los años 70 hasta el año 2001 en Navarra llegando a duplicarse en ambos sexos. Estas tasas se encuentran para ambos sexos en torno a las tasas medias observadas a nivel de la Unión Europea.

El cáncer de estómago representa aproximadamente el 5,4 y el 4,7% del total de los tumores malignos en hombres y mujeres respectivamente durante el periodo 1998-2001 en Navarra, registrándose 81 nuevos casos al año entre los hombres y 48 casos entre las mujeres, que representan aproximadamente el 5,4 y el 4,7% del total de los tumores malignos. La ratio de las tasas de incidencia de los hombres y mujeres es de 2,4. Continúa el descenso de la incidencia de cáncer de estómago iniciada en las décadas anteriores en ambos sexos. Igualmente siguen descendiendo las tasas de mortalidad por cáncer de estómago.

El cáncer de mama es la localización tumoral más frecuentemente diagnosticada entre las mujeres de Navarra correspondiendo a esta localización el 28,5% de los cánceres diagnosticados entre las mujeres. Las tasas de incidencia han aumentado en Navarra en las 3 últimas décadas como ha sucedido en otras regiones desarrolladas. Si se toma como referencia la tasa del periodo 1993-97, el incremento fue de un 11%. Sin embargo las tasas de mortalidad han disminuido un 17,7% en 2000-2004 respecto al quinquenio anterior.

La tasa de incidencia tumores malignos de cuerpo de útero de Navarra es semejante a la observada en Tarragona o Murcia. Los tumores de esta localización son los más frecuentes en las mujeres tras el cáncer de mama y colorrectal, representando en el periodo 1998-2001, el 6,7% de todos los casos incidentes en mujeres.

En Navarra se diagnostican anualmente alrededor de 112 tumores de vejiga invasivos en hombres y 18 en mujeres, siendo uno de los cánceres donde las tasas de los hombres son mucho más altas que las tasas de las mujeres con una ratio de 8,7. Es el cáncer que ocupa el cuarto lugar en cuanto a frecuencia entre los varones (7,4%) y de los últimos lugares en mujeres (1,7%). Se estima que el tabaquismo es el responsable del 30-40% de los cánceres de vejiga en los países desarrollados. La comparabilidad de los datos de incidencia de cáncer de vejiga esta comprometida debido a que el espectro de lo que se considera "maligno" varía de unos registros de cáncer a otros.

Respecto al quinquenio 1993-97 durante el periodo 1998-2001 se mantiene el aumento de la incidencia global de cáncer en hombres y mujeres publicada para el trienio 1998-2000. Los datos publicados por la IARC señalan que cuando nos comparamos con otros registros españoles, la tasa de incidencia de cáncer en Navarra para hombres es junto con Gerona y Mallorca de las más altas publicadas. A nivel europeo la tasa de incidencia global de cáncer de los varones de Navarra se encuentra por encima de la media. La tasa de cáncer de las mujeres de Navarra se encuentran en un lugar alto entre los registros españoles y bajas respecto al ranking europeo. Cuando hacemos comparaciones de las tasas globales de cáncer, donde se incluyen tumores diferentes, las conclusiones pueden resultar erróneas ya que la detección precoz para tumores como mama, colorrectal o próstata puede variar de unas zonas a otras e influir en las diferencias de la incidencia de dichos tumores y consecuentemente afectar a las tasas globales. En el caso de España, existen grandes diferencias en las tasas ajustadas de estos 3 tipos de tumores; Navarra y Gerona ocupan un lugar alto en el ranking de las tasas de incidencia para estos tres tipos de tumores y además presentan tasas globales altas.

Frente a la buena evolución de algunos cánceres como el de estómago que continúan descendiendo, los datos del Registro de Navarra indican que otros tumores "prevenibles" como todos los relacionados con el tabaco continúan aumentando entre los varones y emergen como un importante problema de salud pública entre las mujeres.

Según los datos analizados el cáncer sigue siendo un importante problema de salud pública en Navarra. El envejecimiento de la población y el aumento demográfico determina que el número anual de casos de cáncer siga aumentando como ocurre en Europa.

TABLA 5.11. INCIDENCIA DE TUMORES MALIGNOS. TASA BRUTA, TASA AJUSTADA A LA POBLACIÓN MUNDIAL Y TRUNCADA (35-64) POR 100.000 HABITANTES. TASA ACUMULADA DE 0 A 74 AÑOS POR 100.

NAVARRA 1998-2001	Nº CASOS	TASA BRUTA	TASA AJUS.	TASA TRUNC.	TASA ACUM.
				(35-64)	(0-74)
HOMBRES					
Todas las localizaciones	7.823	710,3	400,3	562,3	48
Todas las localizaciones excepto piel-no melanoma	6.041	548,5	312,2	438,9	37,9
MUJERES					
Todas las localizaciones	5.673	511,5	272,7	515,4	29,5
Todas las localizaciones excepto piel-no melanoma	4.117	371,9	202,9	387,1	21,9

TABLA 5.12. CASOS INCIDENTES DE TUMORES MALIGNOS. TASA BRUTA (TASA B) Y TASA AJUSTADA A LA POBLACIÓN MUNDIAL (TASA A) POR SEXO. NAVARRA 1998-2001 VERSUS 1997-93

	HOMBRES 1998-2001				1993-97	MUJERES 1998-2001				1993-97	COD.
	TOTAL	%	TASA B	TASA A	TASA A	TOTAL	%	TASA B	TASA A	TASA A	CIE 9
Labio	112	1,8	10,2	5,6	6,1	12	0,3	1,1	0,3	0,4	140
Lengua	33	0,5	3	2,1	2,7	13	0,3	1,2	0,8	0,7	141
G.Salival	11	0,2	1	0,6	0,7	8	0,2	0,7	0,4	0,3	142
Boca	40	0,7	3,6	2,5	3,8	21	0,5	1,9	1	0,6	143-5
Resto Faringe	83	1,4	7,5	5,2	5	3	0,1	0,3	0,2	0,1	146,8,9
Nasofaringe	9	0,1	0,8	0,5	0,8	2	0,1	0,2	0,1	0,5	147
Esófago	83	1,4	7,5	5,3	6,5	15	0,4	1,4	0,6	0,6	150
Estómago	325	5,4	29,5	15,7	21,4	192	4,7	17,3	6,5	8,3	151
Intest.delgado	13	0,2	1,2	0,6	1,1	7	0,2	0,6	0,3	0,4	152
Colon	463	7,7	42	22,2	21,3	371	9	33,4	14	12,3	153
Recto	338	5,6	30,7	16,8	15,4	199	4,8	17,9	8,2	7,5	154
Hígado,cond.bil.	164	2,7	14,9	8,1	8,3	68	1,6	6,1	2,3	2,4	155
Vesícula	70	1,2	6,4	3	2,9	98	2,4	8,8	2,9	3,8	156
Páncreas	169	2,8	15,3	8,6	8	127	3,1	11,5	4,2	4,2	157
Peritoneo-Retr.	10	0,2	0,9	0,6	0,8	21	0,5	1,9	1,2	1,4	158
Diges. mal def.	25	0,4	2,3	1,1	0	14	0,3	1,3	0,5	0	159
Fosa nasal, senos	10	0,2	0,9	0,6	0,6	4	0,1	0,4	0,3	0,3	160
Laringe	227	3,8	20,6	13,6	14,1	8	0,2	0,7	0,5	0,5	161
Pulmón	998	16,5	90,6	51,8	48,9	128	3,1	11,5	6,7	4,4	162
OtrosOrg.Torácicos	27	0,5	2,5	1,6	1,3	16	0,4	1,5	0,9	0,8	163-4
Huesos y articul.	12	0,2	1,1	1	1,2	6	0,1	0,5	0,4	1,4	170
Conjuntivo	29	0,5	2,6	1,4	2,1	26	0,6	2,3	1,4	1,5	171
Melanoma piel	115	1,9	10,4	6,7	4,5	117	2,8	10,5	7,1	5,8	172
Otros malig. piel	1782		162	88,1	70,6	1556		140	69,9	52	173
Mama	12	0,2	1,1	0,6	0,5	1174	28,5	106	67,6	60,6	174-175
Útero NOS						8	0,2	0,7	0,3	0,2	179
Cervix U. invasivo						62	1,5	5,6	3,9	3,6	180
Cuerpo de útero						276	6,7	24,9	15	12,1	182
Ovario						182	4,4	16,4	10,1	8,7	183
Otros genit.fem.						59	1,4	5,2	2,1	1,7	184
Próstata	1236	20,5	112	56,9	40						185
Testículo	29	0,5	2,6	2,3	1,6						186
Otros genit.mas.	21	0,3	1,9	1	1,6						187
Vejiga*	447	7,4	40,6	22,7	22,1	72	1,7	6,5	2,6	2,1	188
Riñon, otros uri.	227	3,8	20,6	12,4	9,5	86	2,1	7,8	3,7	4,4	189
Ojo- Lacrimal	4	0,1	0,4	0,4	0,4	7	0,2	0,6	0,3	0,2	190
Encéfalo- SNC.	113	1,9	10,3	7,9	8,5	102	2,5	9,2	5,8	5,8	191-2
Tiroides	40	0,7	3,6	2,4	2,7	151	3,7	13,6	10,1	7,9	193
Otras endocrinas	4	0,1	0,4	0,4	0,6	6	0,1	0,4	0,5	0,3	194
Linfomas no Hodgk	195	3,2	17,7	11,6	9,5	164	4	14,8	7,4	7,3	200,202
Enf. de Hodgkin	36	0,6	3,3	3,1	3,1	29	0,7	2,6	2,4	2,4	201
Mieloma Múltiple	47	0,8	4,3	2,1	3	43	1	3,6	1,8	2,1	203
Leucemia	113	1,9	10,3	6,6	9,8	78	1,9	7	4,5	5,6	204-208
Mal def/sec/No es	151	2,5	13,7	7,2	9,9	142	3,4	12,7	4,1	5,3	195-9
Total todas loc.	7823		710,3	400,3	370,3	5673		511,5	272,7	240,7	140-208
Total sin piel (173)	6041	100	548,5	312,2	299,7	4117	100	371,2	202,9	188,7	140-208

* solo invasivos comportamiento /3

5.5.4. REGISTRO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

INCIDENCIA, LETALIDAD Y TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

El registro de infarto agudo de miocardio permite conocer la incidencia y pronóstico de los pacientes con infarto agudo de miocardio en Navarra y los métodos diagnósticos y tratamientos aplicados durante el ingreso y al alta. El registro, dado su carácter poblacional, incluye pacientes atendidos en unidades de cuidados intensivos cardiológicos, pacientes tratados en otros servicios hospitalarios y también los tratados en los hospitales comárcales, así como los fallecidos fuera del hospital. La búsqueda se ha ampliado durante el año 2003 a los hospitales del País Vasco y a la Rioja, utilizando como fuente de información el CMBD. Se han utilizado las definiciones del estudio MONICA que no incluye los IAM con elevación de troponinas debido a que este marcador no estaba disponible en el año 1997. Siguiendo las definiciones del MONICA los enzimas consideradas fueron la creatincinasa (CK) total y la isoenzima MB de la CK.

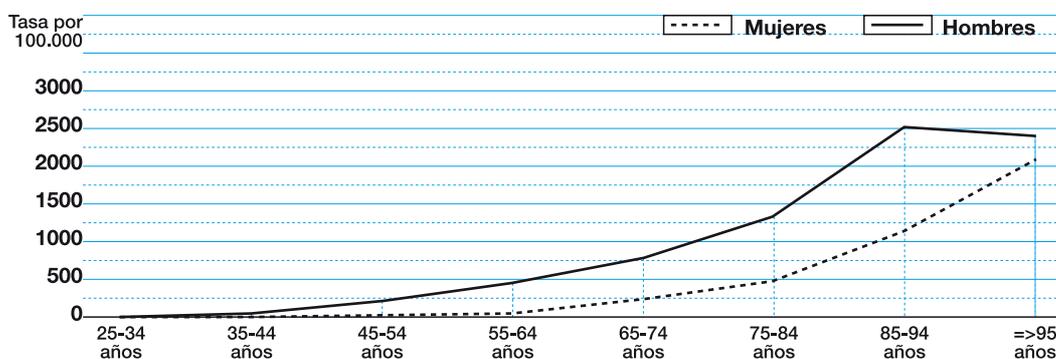
Durante el año 2003 se registraron 1058 episodios de IAM en Navarra: 638 fueron casos hospitalarios, es decir, estuvieron ingresados en algún hospital y 420 casos extrahospitalarios (IAM en personas que fallecieron de manera súbita fuera de los hospitales o que aunque fueron trasladadas llegaron cadáver al hospital). Hubo 1 caso de IAM en una persona menor de 25 años. En la tabla 5.13 y gráfico 5.4, se pueden observar el número de casos por grupos de edad y sexo y las tasas específicas por 100.000 habitantes. Las tasas son más altas en varones sobre todo entre los menores de 75 años.

En el año 1997 en número de IAM hospitalarios fue de 509 frente a los 675 del año 2003; se ha pasado de 341 a 354 IAM en menores de 75 años y de 168 a 221 IAM en mayores de 75 años.

TABLA 5.13. N° DE CASOS Y TASAS DE INCIDENCIA ACUMULADA DE IAM POR EDAD Y SEXO EN EL AÑO 2003 EN NAV.

EDAD	Población	Casos IAM	Tasa anual por 100.000 hab.	EDAD	Población	Casos IAM	Tasa anual por 100.000 hab.
HOMBRES				MUJERES			
>25		1		25-34	47.427	0	0,0
25-34	52.465	6	11,4	35-44	44.386	2	4,5
35-44	47.964	28	58,4	45-54	36.801	11	29,9
45-54	38.165	84	220,1	55-64	29.432	16	54,4
55-64	29.485	133	451,1	65-74	28.129	65	231,1
65-74	25.093	199	793,0	75-84	22.118	106	479,2
75-84	15.217	204	1340,6	85-94	8.191	94	1147,6
85-94	3.527	89	2523,4	=>95 años	718	15	2089,1
=>95 años	207	5	2415,5	Total Mujeres	217.202	309	
Total Hombres	212.123	749		TOTAL	429.325	1.058	

Gráfico 5.4. Tasas de incidencia acumulada de infarto agudo de miocardio por 100.000 habitantes en 2003 en Navarra



Letalidad en los primeros 28 días

El 52,2% de las personas que presentaron un IAM falleció en los 28 días siguientes al inicio de los síntomas (552 sobre 1058). La mayoría de los fallecimientos por IAM, el 76,0%, se produjeron en los primeros minutos tras el episodio y tuvieron lugar fuera de los hospitales o durante el traslado y sólo el 24,0% se produjeron en el hospital.

Entre los pacientes que ingresan vivos en los hospitales, la letalidad a los 28 días fue en el año 2003 de un 20,7% y muestra un patrón relacionado con la edad y el sexo. La letalidad de los pacientes que llegan vivos al hospital fue 7,7% en las personas de menos de 75 años y de un 41,0% en mayores de 75 años.

Los datos anteriores muestran la diferente interpretación del pronóstico del IAM cuando se mide la letalidad hospitalaria únicamente o cuando consideramos también las muertes fuera del hospital y la fuerte correlación entre edad y letalidad.

TABLA 5.14. LETALIDAD A LOS 28 DÍAS ENTRE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y LETALIDAD A LOS 28 DÍAS ENTRE LOS CASOS QUE LLEGAN VIVOS AL HOSPITAL

	CASOS HOSPITALARIOS Y EXTRAHOSPITALARIOS			CASOS HOSPITALARIOS		
	CASOS	Nº FALLECIDOS	% LETALIDAD A LOS 28 DÍAS	CASOS	Nº FALLECIDOS	% LETALIDAD A LOS 28 DÍAS
HOMBRES						
<25 años	1	1	100,0	0	0	
25-34	6	1	16,7	5	0	0,0
35-44	28	9	32,1	20	1	5,0
45-54	84	16	19,0	70	2	2,9
55-64	133	38	28,6	97	2	2,1
65-74	199	84	42,2	127	12	9,4
75-84	204	128	62,7	114	38	33,3
=>85	94	77	81,9	36	19	52,8
TOTAL HOMBRES	749	354	47,3	469	74	15,8
MUJERES						
<25 años	0	0		0	0	
25-34	0	0		0	0	
35-44	2	0	0,0	2	0	0,0
45-54	11	1	9,1	10	0	0,0
55-64	16	6	37,5	13	3	23,1
65-74	65	30	46,2	45	10	22,2
75-84	106	72	67,9	58	24	41,4
=>85	109	89	81,7	41	21	51,2
TOTAL MUJERES	309	198	64,1	128	37	28,9
TOTAL	1058	552	52,2	597	111	18,6

Manejo de los pacientes hospitalarios

Durante el 2003 se han localizado 608 episodios de IAM en los hospitales de Navarra y 30 en los hospitales de fuera de Navarra (tabla 5.15.), fundamentalmente de La Rioja y Guipúzcoa. El hospital inicial de tratamiento donde los pacientes recibieron la primera atención urgente fue en el 45,1% el Hospital de Navarra, en el 22,7% el Hospital Virgen del Camino, en el 18,4% el Hospital Reina Sofía de Tudela y en un 10,0% el Hospital García Orcoyen de Estella. Sin embargo y considerando las derivaciones realizadas en las primeras 24 horas, el hospital de atención final ó de ingreso fue el Hospital de Navarra para el 54,2% de los pacientes y el Hospital Virgen del Camino en el 19,2%. En los hospitales comárcales de Estella y Tudela estuvieron ingresados 21,3% de los pacientes y un 5,4% estuvieron en la CUN o en la Clínica San Miguel.

El Hospital Reina Sofía de Tudela derivó a un hospital terciario dentro de las primeras 24 horas al 20% de los pacientes, el Hospital de García Orcoyen al 27,8% de los pacientes y el Hospital Virgen del Camino un 14,4%. Mayoritariamente la derivación de los hospitales públicos se realizó al Hospital de Navarra.

Respecto al año 1997 se ha observado un incremento de los pacientes tratados en el Hospital de Navarra que pasaron de representar el 37,5% a un 54,2% del total y ha habido un importante incremento de derivaciones de los hospitales comárcales y del Hospital Virgen del Camino hacia el Hospital de Navarra. En 1997, un 4% de los pacientes

TABLA 5.15. HOSPITAL DE ATENCIÓN URGENTE Y HOSPITAL DE TRATAMIENTO. DERIVACIONES A HOSPITAL TERCIARIO (HNA Y CUN) EN LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES CON IAM DEL AÑO 2003

	HOSPITAL ATENCIÓN URGENTE (< 24 HORAS DE INGRESO)		DERIVACIONES EN PRIMERAS 24 HORAS	
	Nº	%	HNA	CUN
HOSPITALES DE NAVARRA	608	100,0		
Hospital de Navarra	274	45,1		
Hospital Virgen del Camino	138	22,7	16	4
Hospital de Tudela	112	18,4	22	1
Hospital de Estella	61	10,0	16	1
CUN	10	1,6		
Clínica San Miguel	10	1,6		2
Clínica Ubarmin	2	0,3	1	
Clínica San Juan de Dios	1	0,2		
HOSPITALES FUERA DE NAVARRA	30	100,0		
Hospitales del País Vasco	15	50,0		
Hospitales de La Rioja	10	33,3		
Otros hospitales fuera Navarra	5	16,7		
HOSPITAL DE INGRESO				
HOSPITALES DE NAVARRA	616	100,0		
Hospital de Navarra	334	54,2		
Hospital Virgen del Camino	118	19,2		
Hospital de Tudela	88	14,3		
Hospital de Estella	43	7,0		
CUN	26	4,2		
Clínica San Miguel	6	1,0		
Clínica San Juan de Dios	1	0,2		
HOSPITALES FUERA DE NAVARRA	22	100,0		
Hospitales del País Vasco	12	54,5		
Hospitales de la Rioja	8	36,4		
Otros hospitales fuera Navarra	2	9,1		

tratados inicialmente en otro hospital público eran derivados al Hospital de Navarra en las primeras 24 horas y este porcentaje subió a un 19,2% en el año 2003.

De los 638 pacientes que presentaron un IAM y llegaron vivos al hospital en el año 2003, el 77,3% estuvieron ingresados en un hospital terciario y el 22,7% en hospitales no-terciarios. Se registró un porcentaje más alto de ingresos en hospital terciario entre los pacientes más jóvenes (tabla 5.16). No ha habido un aumento de ingresos en hospitales terciarios respecto a 1997.

Entre los menores de 75 años, el 77,0% de los pacientes estuvieron ingresados en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) ó UCIC (Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos), bajando este porcentaje al 50,2% en los mayores de 75 años. Se ha observado un moderado incremento de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos de hospital terciario respecto a lo observado en el año 1997 en ambos grupos de edad.

Respecto a las pruebas diagnósticas, tanto el ecocardiograma como la prueba de esfuerzo y la coronariografía fueron más utilizadas en los menores de 75 años. Respecto a 1997, se ha observado una considerable mayor utilización de la coronariografía, que de utilizarse en un 41,9% y un 5,4% en los menores y mayores de 75 años ha pasado a ser realizada en el 73,6% y 33,9%, respectivamente.

Se realizó reperfusión en fase aguda (trombolisis o ACTP) en el 41,9% de los menores de 75 años y en el 18,3% de los mayores de 75 años; en ambos grupos de edad la ACTP fue el tratamiento más utilizado. Respecto a 1997, se observa un descenso de la reperfusión en fase aguda producido fundamentalmente a costa del descenso de pacientes que recibieron trombolisis. El descenso de la trombolisis ha sido igualmente documentado por los datos de registros como el AMI de los Estados Unidos en el periodo 1990-1999 donde paso de un 36,8% a un 28,1, descenso que los responsables atribuyen un incremento de los infartos no-Q o también por el PRIAMHO en España.

TABLA 5.16. MANEJO Y TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS A LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO INGRESADOS EN LOS HOSPITALES DE NAVARRA EN EL AÑO 1997 Y 2003 POR EDAD

	PACIENTES DE < 75 AÑOS		PACIENTES >=75 AÑOS	
	1997	2003	1997	2003
Nº DE PACIENTES	341	389	168	249
Pacientes tratados en hospitales terciarios; %	78,3	80,7	73,2	71,9
Ingresados en UCIC o UCI de hospital terciario;%	69,7	77,0	44,6	50,2
Ecocardiograma; %	78,6	90,8	58,3	67,4
Prueba de esfuerzo; %	56,3	45,1	12,5	10,2
Coronariografía; %	41,9	73,6	5,4	33,9
Reperusión en fase aguda;%	46,3	41,9	21,4	18,3
Trombolisis; %	42,5	17,2	20,2	7,7
Angioplastia primaria;%	3,8	24,7	1,2	10,6
Angioplastia electiva o aguda o rescate	19,0	56,9	3,5	24,6
Cirugía by-pass	10,0	6,8	0,0	3,6
Antiagregantes durante el ingreso;%	90,0	97,8	82,2	93,8
Betabloqueantes durante el ingreso;%	54,0	85,8	17,6	58,0
IECAs durante el ingreso ;%	40,9	52,8	52,7	63,3
Hipolipemiantes durante el ingreso;%	nd	72,7	nd	38,4
Antiagregantes al alta;%	77,4	93,3	59,6	81,0
Betabloqueantes al alta;%	27,4	79,7	10,9	44,3
IECAs al alta;%	27,3	43,0	34,5	39,0
Hipolipemiantes al alta;%	nd	68,4	nd	35,9

Se realizó ACTP primaria, electiva o de rescate en el 56,0% de los menores de 75 años y al 24,6% de los mayores de 75. Además señalar que esta intervención se realizó en los primeros 28 días en el 95, % de los casos. Se realizó cirugía en un 6,8% de los pacientes menores de 75 años y en un 3,6% en mayores de 75 años.

Los fármacos utilizados durante el ingreso y al alta se representan en la tabla 5.16. Se observó un significativo mayor uso de antiagregantes, betabloqueantes e IECAs entre los pacientes menores de 75 años, tanto durante el ingreso como al alta. El uso IECA durante el ingreso y al alta fue mayor entre los más mayores mientras que el uso de nitratos fue similar al ingreso y superior entre los más ancianos al alta.

Respecto al periodo 1997 se ha observado un incremento muy significativo del uso de antiagregantes, betabloqueantes e IECA en ambos grupos de edad. No se tienen datos del uso de hipolipemiantes en el año 1997 aunque se puede observar una amplia utilización de los mismos en el año 2003.

Conclusiones

Los datos del registro de IAM de Navarra para el año 2003 que incluyen a pacientes procedentes de todos los hospitales públicos muestran una mejora del manejo hospitalario de los pacientes con IAM en comparación a los datos del año 1997.

- Ha aumentado el porcentaje de pacientes que ingresan en UCI's de hospital terciario.
- Ha aumentado el porcentaje de pacientes derivados de hospitales comarcales a hospitales terciarios, aunque todavía un 20% es tratado en hospital comarcal.
- Incremento significativo del porcentaje de pacientes con IAM que se ingresan en el Hospital de Navarra, el 54,2% del total en comparación al 37% en el año 1997.
- Ha aumentado el porcentaje de pacientes a los que se realiza una coronariografía, siendo el incremento más acentuado entre los mayores de 75 años.
- Se observa una mayor utilización de antiagregantes, betabloqueantes e IECAS tanto durante el ingreso como al alta. Además un elevado porcentaje recibe estatinas en el momento del alta.
- Los datos de 2003 muestran una mayor utilización de procedimientos diagnósticos y tratamientos entre los pacientes más ancianos respecto a 1997 aunque persisten diferencias en función de la edad.

5.5.5. EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) EN NAVARRA

En Europa el proyecto se coordina desde la IARC (International Agency for Research on Cancer), en España desde el ICO (Instituto Catalán de Oncología) y en Navarra desde el Instituto de Salud Pública de Navarra donde se ubica el Registro de Cáncer de Navarra.

El 100% de la cohorte esta compuesta por donantes de sangre reclutados con la colaboración de la Asociación de Donantes de Navarra y el Banco de Sangre, la fase de reclutamiento de los individuos se inició en Noviembre de 1992 y finalizó en septiembre de 1995. Está formada por 8.084 personas del conjunto de la Comunidad Foral. Un 48% de la cohorte eran hombres. El rango de edad se situó entre 67 y 29 años.

El seguimiento de los sujetos participantes es un elemento esencial para el desarrollo de un estudio de cohortes en nuestro caso se realiza también mediante el enlace de la base de datos de EPIC-Navarra con el Registro de Cáncer de Navarra y con datos de mortalidad, lo que ha permitido identificar, hasta finales de 2002, 531 casos de cáncer incluidos los casos de piel no melanoma. Se ha seguido el estado vital de la cohorte hasta final del 2004 y en total han fallecido 245 personas, en un 58% la causa del fallecimiento fue un tumor y en un 20% por enfermedades del aparato circulatorio.

Información en la página web de EPIC España y Europa: <http://www.epic-spain.com> / <http://www.iarc.fr/epic/>

TABLA 5.17. FALLECIDOS EN LA COHORTE EPIC-NAVARRA (hasta 31/12/2004)

LITERAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL 1993-2002
Infecciosas y parasitarias	3		3
Tumores y neoplasias	95	49	144
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1		1
Enfermedades del sistema nervioso	2	2	4
Enfermedades del sistema circulatorio	43	8	51
Enfermedades del sistema respiratorio	5		5
Enfermedades del sistema digestivo	5		5
Enfermedades sistema osteomuscular	1		1
Enfermedades del sistema genitorinario	1		1
Síntomas, signos anormales clínicos no clasif.	2		2
Causas externas de mortalidad	21	6	27
Missing	1		1
TOTAL*	180	65	245

5.5.6. IMPACTO DE LA TEMPERATURA DURANTE EL VERANO DE 2005 EN LA ACTIVIDAD DE URGENCIAS Y EN LA MORTALIDAD EN NAVARRA

Durante el año 2005 se actualizó y se continuó con el Plan de Prevención de los efectos de ola de calor sobre la salud que se había implantado en el año 2004 en Navarra, según las nuevas indicaciones de la Comisión Interministerial para el seguimiento del Plan de Prevención de Ola de Calor. El Instituto de Salud Pública elaboró un protocolo de actuación que se publicó en el Boletín Informativo del ISP, nº 34. <http://www.cfnavarra.es/isp/documentacion/BOL34-05.pdf>.

El objetivo general del plan era disminuir la morbi-mortalidad ocasionada por el aumento de temperatura ambiental en Navarra y como objetivos específicos se describieron:

- 1) Informar a la población general del riesgo asociado a los aumentos de temperatura y las medidas de prevención mediante folletos informativos que se distribuyeron a principios de cada verano en centros de atención asistencia social y domiciliaria, centros de jubilados y otros colectivos, y su divulgación en los medios de comunicación.
- 2) Informar a los profesionales de la salud, asistencia social y atención de emergencias, del riesgo para la salud del calor excesivo y las medidas de prevención.
- 3) Vigilancia y alerta ante situaciones de calor extremo a lo largo del verano mediante la implantación de un sistema de información basado en las previsiones meteorológicas del Instituto Nacional de Meteorología.
- 4) Vigilancia de la morbi-mortalidad asociada al calor extremo utilizando información de ingresos hospitalarios relacionados con el calor que serán reportados por los sistemas de vigilancia hospitalaria y vigilancia diaria de número de urgencias e ingresos hospitalarios en los distintos hospitales de la red pública de nuestra comunidad y vigilancia diaria de urgencias extrahospitalarias. Además, se vigiló la mortalidad diaria de los registros civiles de Pamplona, Aoiz, Tudela, Estella y Tafalla.

Durante el verano de 2005 la vigilancia de las temperaturas ambientales en Navarra y su impacto en la salud se han realizado a través de las predicciones de temperaturas máximas y mínimas diarias, número de urgencias e ingresos por urgencias en la red pública de Navarra y la mortalidad diaria desde el 1 de junio al 30 de septiembre. El objetivo de la vigilancia de la temperatura ambiental era el de alertar a la población en caso de un aumento por encima de la temperatura umbral que para Navarra se definió cuando se superase la temperatura máxima de 35,8° y una mínima de 21,5°.

Vigilancia de las urgencias

Para toda Navarra durante todo el periodo la media diaria del número de urgencias fue de 619 (+44,7) con un rango entre 520 y 742 y una media diaria de ingresos de 70 (+ 11,3) con un rango de 38 a 95.

Si se analizan por meses la media diaria de urgencias fue de 632 para junio, 639 para julio, 609 para agosto y 597 para septiembre.

El patrón de urgencias diarias se caracteriza por un aumento de utilización al inicio de cada semana con un porcentaje de ingresos menor entre semana que el fin de semana. El porcentaje de ingresos sobre el total de urgencias es de un 11%.

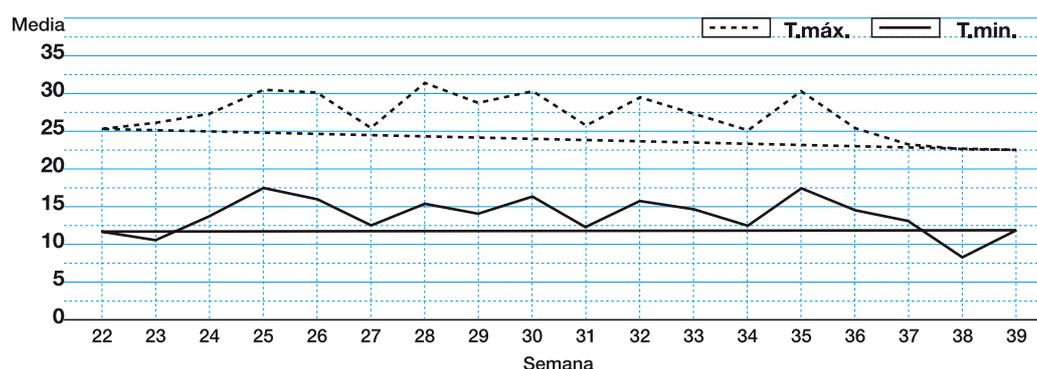
Vigilancia de las temperaturas

Se han vigilado las predicciones enviadas por el Instituto Nacional de Meteorología en colaboración con Ministerio de Sanidad y Consumo, en ningún momento las predicciones han pasado los umbrales de alerta. En la siguiente tabla se refleja las predicciones de temperaturas máximas y mínimas por meses y su rango.

TABLA 5.18. PREDICCIONES DE LAS TEMPERATURAS MÁXIMAS, MÍNIMAS POR MESES

		MESES DEL AÑO 2005			
		JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
T MÁXIMA	Media	28,05	28,72	27,47	23,89
	Máximo	36	36	33,7	33
	Mínimo	21,4	22,9	21	18
T MÍNIMA	Media	14,18	14,28	14,27	12,5
	Máximo	20,9	20,8	20,3	19,6
	Mínimo	9,2	10,6	9,2	6

Gráfico 5.5. Temperatura máxima y mínima por semanas. Verano 2005



Vigilancia de la mortalidad diaria

La vigilancia de mortalidad diaria se realizó a través del número de defunciones ocurridas en Navarra en 5 Registros Civiles informatizados que suponen un porcentaje sobre el total de la mortalidad de un 71%. Los datos se obtuvieron a través del Ministerio de Justicia con un retraso entre 24 horas a 48 horas después del fallecimiento.

Durante los meses vigilados se recogieron por este sistema 1131 defunciones, destaca un aumento de la media de personas fallecidas por día en el mes de junio, media que desciende en los meses de julio, agosto y septiembre. No se apreció una asociación entre las defunciones ocurridas y las temperaturas

TABLA 5.19. MORTALIDAD DIARIA POR MESES EN EL 2005

	TOTAL DE DEFUNCIONES POR MES	MEDIA DIARIA	MÁXIMO	MÍNIMO
ENERO	388	12,52	24	6
FEBRERO	353	12,61	24	8
MARZO	330	10,65	18	3
ABRIL	294	9,8	19	3
MAYO	280	9,03	16	4
JUNIO	308	10,27	15	4
JULIO	304	9,81	16	4
AGOSTO	263	8,48	14	4
SEPTIEMBRE	256	8,53	16	2
OCTUBRE	241	7,77	14	0
NOVIEMBRE	273	9,1	15	1
DICIEMBRE	336	10,84	15	5

Conclusiones

No se ha detectado asociación entre la temperatura ambiental y el aumento de urgencias o de las defunciones en el periodo estudiado. En Navarra no se indicó alerta a la población por aumento de las temperaturas durante el verano del 2005.

5.6. MORTALIDAD

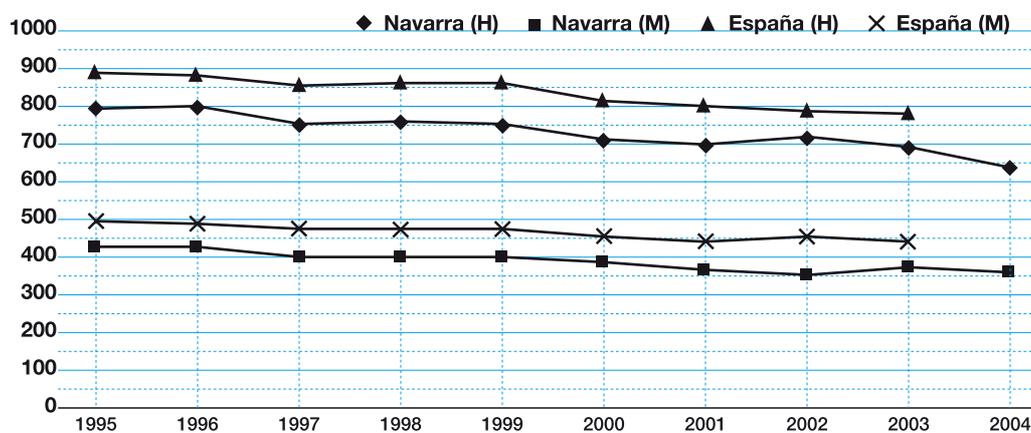
MORTALIDAD DEL PERIODO 1995-2004

Se presentan los indicadores de mortalidad para Navarra en el periodo 1995-2004 que describen la magnitud y la evolución de las principales causas de mortalidad. Se analiza igualmente la situación de la mortalidad en Navarra en comparación a la de España y la UE-15. Como denominadores se han utilizado las poblaciones estimadas por el Instituto de Estadística de Navarra. Para analizar la mortalidad prematura se han calculado las tasas ajustadas de años potenciales de vida perdidos en menores de 70 años (APVP). Para estudiar las tendencias recientes de las tasas de mortalidad se comparan las tasas medias anuales del periodo 1995-1999 con el periodo 2000-2004 utilizando las tasas ajustadas a la población de Navarra en el año 2001. Las comparaciones con España y otros países de la UE se realizan utilizando las tasas ajustadas a la población europea.

Mortalidad general y esperanza de vida

El gráfico 5.6., recoge la evolución de las tasas ajustadas de mortalidad a la población europea desde 1995 hasta 2004 en Navarra y en España. A lo largo de todo el periodo las tasas de mortalidad descendieron en ambos sexos y además hay que señalar que las tasas globales de mortalidad de Navarra en ambos sexos son más bajas que las de España.

Gráfico 5.6. Mortalidad por todas las causas en Navarra y España en el periodo 1995/2004
Tasas ajustadas por edad a la población europea por 100,000: hombres y mujeres



En el último quinquenio, 2000-2004, la esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 77,9 años en los hombres y 85,0 años en las mujeres. En el conjunto de la UE-15, la esperanza de vida al nacer en el año 2000 fue de 75,3 años en los hombres y 81,4 años en las mujeres y en España de 75,4 y 82,7 años respectivamente, encontrándose la de Navarra claramente por encima. La esperanza de vida de las mujeres de Navarra es de 7,1 años más alta que la de los hombres. Este patrón se observa también en Francia donde la diferencia es de 7,6 años. En el otro extremo se encuentran países como Suecia donde la diferencia entre sexos es de solo 5 años.

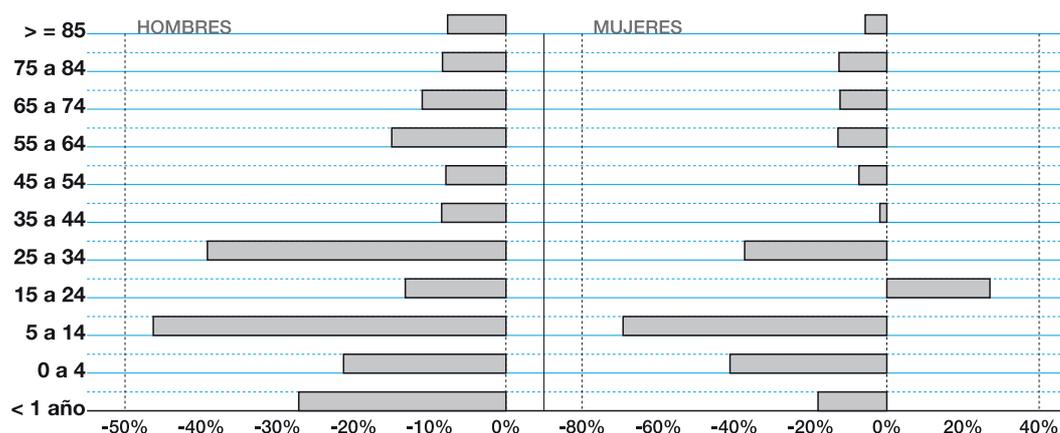
Mortalidad por grupos de edad

En el gráfico 5.7 y 5.8, se muestran las tasas específicas de mortalidad por edad en hombres y mujeres en los periodos 1995-1999 y 2000-2004. En todos los grupos de edad la mortalidad de los hombres es más alta que la de las mujeres, destacando que el riesgo de muerte es doble o más entre los 5 y 75 años. Las ratios de las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres fueron en el periodo 2000-2004: 5-14 años (2,1), 15-24 años (2,9), 25-34 años (2,6), 35-44 años (2,3), 45-54 años (2,2), 55-64 años (2,7) y 65-74 años (2,5). En el año 2004, fallecieron en Navarra 1020 hombres menores de 75 años frente a 464 mujeres.

TABLA 5.20. MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN NAVARRA Y ESPAÑA EN EL PERIODO 1995-2004. TASAS AJUSTADAS POR EDAD A LA POBLACIÓN EUROPEA POR 100.000: HOMBRES Y MUJERES

EDAD	HOMBRES				MUJERES			
	NAVARRA 1995-99	NAVARRA 2000-04	ESPAÑA 2000	% CAMBIO ENTRE 2000-2004 VS 1995-99	NAVARRA 1995-99	NAVARRA 2000-04	ESPAÑA 2000	% CAMBIO ENTRE 2000-2004 VS 1995-99
<1 año	507,1	370,0	nd	-27	364,9	300,8	nd	-18
0 a 4	35,4	27,8	nd	-21	40,1	23,7	nd	-41
5 a 14	25,5	13,7	nd	-46	21,0	6,5	nd	-69
15 a 24	82,9	72,1	77,7	-13	19,8	25,3	27,2	27
25 a 34	136,7	83,2	112,9	-39	51,5	32,3	38,6	-37
35 a 44	182,2	166,7	215,8	-8	75,2	73,7	89,3	-2
45 a 54	393,3	362,9	459,8	-8	177,2	163,8	182,6	-8
55 a 64	1.000,5	850,8	1.057,8	-15	366,9	319,9	399,1	-13
65 a 74	2.501,4	2.228,4	2.626,9	-11	1.013,0	891,1	1.153,5	-12
75 a 84	6.725,1	6.172,7	6.696,6	-8	3.861,7	3.379,5	4.080,8	-12
>=85	17.201,8	15.887,9	18.923,4	-8	13.802,0	12.988,4	15.845,5	-6

Gráfico 5.7. y 5.8. % de cambio entre 2000/2004 versus 1995/1999, de la tasa específica de mortalidad por edades en hombres y mujeres de Navarra



En ambos sexos y en todos los grupos de edad descendieron las tasas de mortalidad en 2000-2004 respecto al quinquenio anterior excepto en las mujeres de 15-24 años. Señalar que uno de los grupos donde más desciende la mortalidad es en los jóvenes de 25-34 años, grupo poblacional que en la década de los 80 experimentó un crecimiento de su riesgo de muerte a expensas fundamentalmente del SIDA. A partir de 1996, con la entrada de los nuevos tratamientos antirretrovirales el número de muertes al año por SIDA pasaron de 20 a 2 en esta franja de edad.

También como se desprende en los gráficos 5.7. y 5.8., sobre todo en las edades medias y avanzadas las tasas de mortalidad de Navarra son más bajas que las registradas en España, siendo las diferencias más altas entre las mujeres.

Mortalidad infantil

Los datos de la tabla 5.21. muestran las tasas de mortalidad infantil en el periodo 1995-2004 en Navarra; la tasa descendió un 19% entre 1995-1999 y 2000-2004, pasando de 4,1 a 3,3 muertes por 1000 recién nacidos vivos.

La mortalidad infantil en España en el periodo 1995-1999 (5,1) era un 20% más alta que la de Navarra en el mismo periodo (4,1). A nivel de la Unión Europea los países que presentaron tasas más bajas en el año 2000 fueron: Islandia (3,0) y Suecia (3,4). A nivel de las regiones europeas, Navarra se encuentra en el quintil inferior.

TABLA 5.21. NÚMERO DE RECIÉN NACIDOS VIVOS, DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NACIDOS VIVOS. NAVARRA 1995-2004.

AÑO	NÚMERO RECIÉN NACIDOS*	MUERTES < 1AÑO	TASA MORTALIDAD INFANTIL
1995	4.627	21	4,5
1996	4.830	23	4,8
1997	4.967	19	3,8
1998	4.952	27	5,5
1999	5.122	10	2,0
2000	5.188	21	4,0
2001	5.583	17	3,0
2002	5.802	15	2,6
2003	6.180	14	2,3
2004	6.238	29	4,6

*Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

Mortalidad por causas

Las principales causas de muerte en Navarra son los tumores y las enfermedades circulatorias, entre ambas contabilizan aproximadamente el 60% de todas las muertes en los hombres y mujeres (tabla 5.22). Este patrón se asemeja al observado en el conjunto de los países de la UE-15 donde dos tercios de las muertes se deben a estas 2 causas.

TABLA 5.22. MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS EN NAVARRA EN EL PERIODO 1995-2004. Nº MEDIO DE DEFUNCIONES AL AÑO, MORTALIDAD PROPORCIONAL, TASAS AJUSTADAS POR EDAD A LA POBLACIÓN EUROPEA (TAE) Y POBLACIÓN DE NAVARRA EN 2001 (TAN) POR 100.000 Y % DE CAMBIO DE LAS TASAS

HOMBRES	NUMERO ANUAL		% SOBRE TOTAL		TAE	TAN		%CAMBIO
	1995-99	2000-04	1995-99	2000-04	1995-99	1995-99	2000-04	TASAS
TODAS LAS CAUSAS	2570	2648			775	1510	1365	-10
Enfermedades infecciosas y parasitarias	50	45	2	2	16	25	21	-15
Enf. Infecciosas intestinales	3	3	0,1	0,1	0,7	1,8	2,1	14,8
Tuberculosis y sus efectos tardíos	3	3	0,1	0,1	0,8	1,8	1,4	-25,3
Infecciones meningocócicas	1	1	0,0	0,0	0,3	0,2	0,2	-11,4
Septicemia	11	18	0,4	0,7	3,1	7,7	9,9	29,9
Hepatitis vírica	2	4	0,1	0,1	0,7	1,0	1,5	51,4
SIDA	27	14	1,0	0,5	9,1	10,0	4,6	-54,0
VIH (portador. evidencias de laboratorio...)	0	0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	-100,0
Resto de enfermedades infecciosas y parasitarias	4	3	0,2	0,1	1,3	2,3	1,6	-32,7
Tumores	815	858	31,7	32,4	252,0	426,7	401,4	-5,9
Tumor maligno del labio, cavidad bucal y faringe	23	21	0,9	0,8	7,7	9,9	8,3	-15,6
Tumor maligno del esófago	22	21	0,8	0,8	7,5	9,5	8,6	-8,9
Tumor maligno del estómago	64	55	2,5	2,1	19,8	33,9	25,7	-24,1
Tumor maligno del colon	59	66	2,3	2,5	17,9	33,3	32,2	-3,5
Tumor maligno del recto, rectosigmoide y ano	23	26	0,9	1,0	7,2	12,4	12,4	-0,1
Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas	34	37	1,3	1,4	10,4	17,8	17,3	-2,9
Tumor maligno del páncreas	35	43	1,4	1,6	11,0	16,9	19,7	16,7
Otros tumores malignos digestivos	16	19	0,6	0,7	4,8	9,5	9,9	4,2
Tumor maligno de la laringe	30	28	1,2	1,1	9,6	14,0	11,8	-15,7
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y del pulmón	192	215	7,5	8,1	61,1	91,2	93,7	2,8
Otros tumores malignos respiratorios e intratorácicos	7	5	0,3	0,2	2,4	3,3	2,0	-39,9
Tumores malignos del hueso y cartílagos articulares	2	2	0,1	0,1	0,5	0,9	1,0	19,9
Melanoma maligno de la piel	6	8	0,2	0,3	1,9	2,6	3,7	41,8
Otros tumores de la piel y tejidos blandos	10	8	0,4	0,3	3,2	5,6	4,2	-23,9
Tumor maligno de la mama	1	0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,2	-69,3
Tumor maligno de la próstata	92	88	3,6	3,3	25,7	60,9	48,8	-19,9
Otros tumores malignos de órganos genitales masculinos	2	2	0,1	0,1	0,6	0,7	0,7	-9,9
Tumor maligno del riñón, excepto pelvis renal	16	17	0,6	0,6	4,8	8,1	7,9	-2,1

HOMBRES	NUMERO ANUAL		% SOBRE TOTAL		TAE	TAN		%CAMBIO
	1995-99	2000-04	1995-99	2000-04	1995-99	1995-99	2000-04	TASAS
Tumor maligno de la vejiga	47	52	1,8	2,0	13,8	26,7	25,6	-4,0
Otros tumores malignos de las vías urinarias	4	2	0,1	0,1	1,1	2,2	0,9	-60,0
Tumor maligno encéfalo	24	24	0,9	0,9	8,2	10,3	9,9	-3,3
Otros tumores malignos neurológicos y endocrinos	3	4	0,1	0,2	0,9	1,3	2,0	45,5
Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y no especific.	39	47	1,5	1,8	11,7	20,8	23,4	12,7
Otros tumores malignos del tejido linfático, órg hematopoyéticos	26	25	1,0	1,0	8,0	13,4	11,8	-11,8
Leucemia	22	24	0,8	0,9	6,9	10,9	11,0	0,1
Tumores benignos	2	2	0,1	0,1	0,6	1,1	0,8	-24,9
Síndrome mielodisplásico	5	7	0,2	0,3	1,5	3,2	3,8	17,2
Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido	10	8	0,4	0,3	2,9	5,9	4,2	-28,7
Enf. sangre y órganos hematopoyéticos y inmunidad	9	5	0,3	0,2	2,6	6,2	3,3	-47,5
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	8	5	0,3	0,2	2,4	5,9	3,3	-44,5
Ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	1		0,0		0,2	0,3	.	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	51	57	2,0	2,2	15,4	31,5	31,4	-0,4
Diabetes mellitus	43	47	1,7	1,8	12,4	27,1	25,4	-6,3
Otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	8	10	0,3	0,4	3,0	4,4	6,0	35,9
Trastornos mentales y del comportamiento	41	47	1,6	1,8	11,5	30,1	28,3	-5,9
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	35	41	1,4	1,5	9,6	27,4	25,6	-6,5
Trastornos mentales debidos al uso de alcohol	2	4	0,1	0,2	0,9	0,9	1,7	82,0
Trastornos mentales debidos al uso de drogas	0	0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	-15,6
Otros trastornos mentales y del comportamiento	3	2	0,1	0,1	0,8	1,6	0,9	-43,3
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos	70	78	2,7	3,0	20,5	43,1	41,5	-3,6
Meningitis (otras en 003)	1	2	0,0	0,1	0,2	0,3	0,6	69,2
Enf. del Alzheimer	33	36	1,3	1,3	9,1	22,8	21,1	-7,6
Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos	36	41	1,4	1,5	11,2	19,9	19,9	-0,1
Enfermedades del sistema circulatorio	812	780	31,6	29,5	237,0	513,8	426,4	-17,0
Enf. cardíacas reumáticas crónicas	7	4	0,3	0,1	2,3	3,6	1,9	-46,9
Enf. hipertensivas	18	22	0,7	0,8	5,1	12,4	12,8	2,7
Infarto agudo de miocardio	224	219	8,7	8,3	68,5	121,3	107,2	-11,6
Otras enfermedades isquémicas del corazón	88	88	3,4	3,3	25,4	56,1	48,7	-13,3
Insuficiencia cardíaca	101	85	3,9	3,2	29,0	77,5	55,1	-28,9
Otras enfermedades del corazón	93	115	3,6	4,4	27,2	57,2	61,7	7,8
Enf. cerebrovasculares	202	186	7,9	7,0	56,8	135,1	105,5	-21,9
Aterosclerosis	32	18	1,2	0,7	9,1	23,4	11,7	-50,2
Otras enfermedades de los vasos sanguíneos	48	42	1,9	1,6	13,7	27,1	22,0	-18,9
Enfermedades del sistema respiratorio	321	340	12,5	12,9	90,1	217,3	199,1	-8,4
Influenza (gripe)	5	2	0,2	0,1	1,2	3,4	1,3	-61,3
Neumonía	65	79	2,5	3,0	18,5	45,7	47,9	4,8
Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores	167	156	6,5	5,9	46,2	110,0	88,7	-19,4
Asma	3	1	0,1	0,1	1,0	1,8	0,5	-71,5
Insuficiencia respiratoria	9	16	0,4	0,6	2,6	7,2	9,4	29,8
Otras enfermedades del sistema respiratorio	71	85	2,8	3,2	20,5	49,1	51,3	4,5
Enfermedades del sistema digestivo	114	132	4,5	5,0	33,8	69,4	68,1	-1,9
Úlceras de estómago, duodeno y yeyuno	6	5	0,2	0,2	1,7	3,7	2,4	-36,9
Enteritis y colitis no infecciosas	2	2	0,1	0,1	0,5	0,9	1,0	8,9
Enf. vascular intestinal	17	19	0,7	0,7	4,6	10,7	10,3	-3,8
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	35	38	1,4	1,4	11,5	17,4	15,9	-8,6
Otras enfermedades del sistema digestivo	54	69	2,1	2,6	15,5	36,6	38,5	5,1
Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	4	6	0,2	0,2	1,2	3,1	3,7	18,9
Enf. del sistema osteomuscular y conjuntivo	12	14	0,5	0,5	3,4	8,7	8,5	-2,2
Artritis reumatoide y osteoartritis	2	1	0,1	0,0	0,5	0,9	0,5	-47,4
Osteoporosis y fractura patológica	7	10	0,3	0,4	2,0	5,7	6,4	13,2
Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido	3	3	0,1	0,1	1,0	2,2	1,6	-24,5
Enfermedades del sistema genitourinario	49	48	1,9	1,8	13,9	33,2	28,1	-15,3

HOMBRES	NUMERO ANUAL		% SOBRE TOTAL		TAE	TAN		%CAMBIO
	1995-99	2000-04	1995-99	2000-04	1995-99	1995-99	2000-04	TASAS
Enf. del riñón y del uréter	41	38	1,6	1,4	11,7	27,3	21,9	-19,7
Enf. de los genitales masculinos	1	3	0,0	0,1	0,3	1,0	1,6	67,8
Otras enfermedades del sistema genitourinario	7	8	0,3	0,3	1,8	4,9	4,5	-7,4
Afecciones originadas en el periodo perinatal	5	7	0,2	0,3	3,4	1,9	2,2	12,1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías	8	4	0,3	0,1	4,6	2,9	1,3	-55,5
Malformaciones congénitas del sistema nervioso	1	0	0,0	0,0	0,5	0,3	0,1	-78,4
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	3	2	0,1	0,1	1,5	0,9	0,7	-26,0
Otras malformaciones congénitas deformidades y anomalías	5	1	0,2	0,1	2,6	1,7	0,5	-67,8
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de lab.	37	50	1,4	1,9	11,3	28,3	31,6	11,6
Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconoci	14	28	0,6	1,1	4,2	9,8	17,5	78,5
Senilidad	15	12	0,6	0,5	4,5	13,5	9,2	-31,6
Muerte súbita infantil	1	1	0,0	0,0	0,5	0,3	0,3	9,3
Resto de síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	7	8	0,3	0,3	2,1	4,7	4,5	-4,0
Causas externas de mortalidad	171	175	6,6	6,6	58,1	69,4	68,7	-1,0
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	77	67	3,0	2,5	26,7	29,8	25,2	-15,4
Otros accidentes de transporte	3	3	0,1	0,1	1,3	1,3	1,0	-25,9
Caidas accidentales	13	23	0,5	0,9	4,1	6,6	10,8	63,4
Ahogamiento, sumersión y sofocación	7	11	0,3	0,4	2,4	3,1	5,0	60,4
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	2	1	0,1	0,0	0,6	0,9	0,6	-33,9
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abu	10	10	0,4	0,4	3,1	3,5	3,4	-3,7
Otros envenenamientos accidentales	2	2	0,1	0,1	0,6	0,6	0,9	43,0
Otros accidentes	16	12	0,6	0,5	5,7	6,9	4,5	-34,0
Suicidio y lesiones autoinfligidas	35	37	1,4	1,4	11,6	14,4	14,2	-1,0
Agresiones (homicidios)	2	4	0,1	0,2	0,7	0,8	1,4	87,2
Eventos de intención no determinada	0	1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	255,5
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	2	2	0,1	0,1	0,7	1,0	0,9	-9,9
Otras causas externas y sus efectos tardíos	1	1	0,0	0,1	0,4	0,4	0,5	23,4

Entre los hombres, en el último periodo 2000-04, el cáncer ocupa la primera causa de muerte en Navarra y las enfermedades circulatorias la segunda. Señalar, sin embargo, que entre los varones ambas causas de muerte muestran una tendencia descendente de sus tasas en los últimos años: la mortalidad por cáncer descendió un 5,9% y la mortalidad por enfermedades circulatorias un 17% respecto al quinquenio anterior (tabla 5.22). La mortalidad por enfermedades respiratorias, que ocupa el tercer lugar, ha descendido en el último quinquenio un 8,4% y la mortalidad por causas externas se ha mantenido estable. Cuando se compara la mortalidad de los hombres de Navarra con la de España, señalar que las tasas de Navarra de todos los grandes grupos son más bajas que las de España excepto las tasas de mortalidad por causas externas.

Entre las mujeres de Navarra, la mortalidad por enfermedades circulatorias continúa ocupando la primera posición, en segundo lugar destacan los tumores y en tercer y cuarto lugar la mortalidad por enfermedades respiratorias y las enfermedades del sistema nervioso (tabla 5.23). También, como entre los varones, han descendido las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias y también la mortalidad por cáncer, un 19 y 6%, respectivamente. La mortalidad por causas externas ha aumentado entre las mujeres. Cuando se comparan las tasas de mortalidad de las mujeres de Navarra con las de España, se constata que la mortalidad por enfermedades circulatorias es bastante más baja en Navarra, casi un 30%. En el resto de causas las diferencias son mucho menos llamativas siendo, por ejemplo, las tasas de mortalidad por cáncer prácticamente idénticas.

TABLA 5.22. MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS EN NAVARRA EN EL PERIODO 1995-2004. NÚMERO MEDIO DE DEFUNCIONES AL AÑO, MORTALIDAD PROPORCIONAL, TASAS AJUSTADAS POR EDAD A LA POBLACIÓN EUROPEA (TAE) Y POBLACIÓN DE NAVARRA EN 2001 (TAN) POR 100.000 Y % DE CAMBIO DE LAS TASAS.

MUJERES	NUMERO ANUAL		% SOBRE TOTAL		TAE	TAN		%CAMBIO
	1995-99	2000-04	1995-99	2000-04	1995-99	1995-99	2000-04	TASAS
TODAS LAS CAUSAS	2215	2364			410,9	895,6	810,7	-9,5
Enfermedades infecciosas y parasitarias	36	40	1,6	1,7	8,6	14,3	13,7	-4,4
Enf. Infecciosas intestinales	3	3	0,1	0,1	0,7	1,8	2,1	14,8
Tuberculosis y sus efectos tardíos	3	3	0,1	0,1	0,6	1,0	1,0	-3,0
Infecciones meningocócicas	2	0	0,1	0,0	1,0	0,7	0,1	-78,8
Septicemia	14	19	0,6	0,8	2,2	5,7	6,5	15,2
Hepatitis vírica	1	3	0,1	0,1	0,3	0,5	1,0	99,0
SIDA	9	4	0,4	0,2	3,1	3,5	1,4	-60,5
VIH (portador. evidencias de laboratorio...)	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Resto de enfermedades infecciosas y parasitarias	4	5	0,2	0,2	0,8	1,4	1,8	29,2
Tumores	502	531	22,7	22,4	117,0	195,9	183,5	-6,3
Tumor maligno del labio, cavidad bucal y faringe	5	5	0,2	0,2	1,3	2,1	1,8	-15,1
Tumor maligno del esófago	3	4	0,2	0,2	0,8	1,3	1,3	-4,1
Tumor maligno del estómago	41	35	1,8	1,5	8,6	16,1	12,2	-24,5
Tumor maligno del colon	50	56	2,3	2,4	10,5	19,8	19,4	-1,5
Tumor maligno del recto, rectosigmoide y ano	14	20	0,6	0,9	3,2	5,3	7,0	31,9
Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas	20	22	0,9	0,9	3,9	7,9	7,5	-4,4
Tumor maligno del páncreas	32	35	1,5	1,5	6,8	12,5	11,9	-4,5
Otros tumores malignos digestivos	26	27	1,2	1,2	5,2	10,3	9,4	-8,6
Tumor maligno de la laringe	1	0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,1	-65,1
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	22	30	1,0	1,3	5,6	8,7	10,3	18,6
Otros tumores malignos respiratorios e intratorácicos	3	4	0,2	0,2	1,0	1,3	1,5	15,0
Tumores malignos del hueso y cartílagos articulares	2	1	0,1	0,0	0,5	0,8	0,3	-64,1
Melanoma maligno de la piel	4	6	0,2	0,2	1,2	1,7	2,0	14,1
Otros tumores de la piel y tejidos blandos	6	6	0,3	0,3	1,4	2,3	2,2	-2,1
Tumor maligno de la mama	81	74	3,6	3,1	22,2	31,2	25,7	-17,7
Tumor maligno del cuello del útero	3	5	0,1	0,2	0,7	1,1	1,9	72,0
Tumor maligno de otras partes del útero	19	15	0,9	0,6	4,6	7,5	5,2	-30,3
Tumor maligno del ovario	22	28	1,0	1,2	6,0	8,6	9,7	12,3
Otros tum. mal. de órganos genitales femeninos	7	5	0,3	0,2	1,4	2,9	1,8	-37,4
Tumor maligno del riñón, excepto pelvis renal	7	11	0,3	0,5	1,7	2,9	3,8	32,6
Tumor maligno de la vejiga	11	12	0,5	0,5	2,0	4,3	4,0	-6,7
Otros tumores malignos de las vías urinarias	1	1	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	34,1
Tumor maligno encefalo	18	19	0,8	0,8	5,2	6,7	6,7	0,4
Otros tumores malignos neurológicos y endocrinos	6	4	0,3	0,2	1,4	2,2	1,3	-39,2
Tum. mal. de sitios mal definidos, secundarios y no esp.	34	34	1,5	1,5	7,2	13,4	11,9	-11,1
Otros tum. mal. del tejido linfático, órg. hematopoy	29	29	1,3	1,2	6,7	11,1	10,0	-10,2
Leucemia	17	17	0,7	0,7	3,7	6,5	5,8	-10,5
Tumores benignos	3	7	0,1	0,3	0,7	1,2	2,5	116,8
Síndrome mielodisplásico	3	4	0,1	0,2	0,7	1,2	1,5	22,7
Otros tum. de comportamiento incierto o desc.	12	13	0,5	0,5	2,1	4,6	4,3	-6,4
Enfer. de la sangre y órganos hematopoyéticos.	9	9	0,4	0,4	1,6	3,7	3,0	-19,0
Enfer. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	9	9	0,4	0,4	1,5	3,6	2,9	-17,2
Trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	0	0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	-57,9
Enferm. endocrinas, nutricionales y metabólicas	74	89	3,3	3,8	13,1	29,9	30,5	2,0
Diabetes mellitus	61	71	2,8	3,0	10,0	24,8	24,3	-2,2
Otras enfer. endocrinas, nutricionales y metabólicas	13	18	0,6	0,8	3,1	5,1	6,2	22,7
Trastornos mentales y del comportamiento	82	87	3,7	3,7	12,3	33,9	29,5	-12,9
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	77	85	3,5	3,6	11,3	32,3	28,8	-10,8
Trastornos mentales debidos al uso de alcohol	1	0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	-39,6

MUJERES	NUMERO ANUAL		% SOBRE TOTAL		TAE	TAN		%CAMBIO
	1995-99	2000-04	1995-99	2000-04	1995-99	1995-99	2000-04	TASAS
Trast. mentales debidos al uso de drogas (drogodepen.)	0	0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	-100,0
Otros trastornos mentales y del comportamiento	3	2	0,2	0,1	0,7	1,4	0,6	-54,7
Enferm. del sistema nervioso y de los órganos	100	138	4,5	5,8	17,9	40,1	47,3	17,7
Meningitis (otras en 003)	1	1	0,0	0,0	0,2	0,3	0,4	8,3
Enf. del Alzheimer	68	98	3,1	4,2	10,5	27,8	33,6	20,9
Otras enfer. del sistema nervioso y órganos sentido	31	39	1,4	1,6	7,2	12,0	13,3	10,7
Enfermedades del sistema circulatorio	872	844	39,4	35,7	141,5	356,9	288,7	-19,1
Enf. cardiacas reumáticas crónicas	14	12	0,6	0,5	2,9	5,4	4,2	-22,2
Enf. hipertensivas	36	44	1,6	1,9	5,7	14,6	15,1	3,6
Infarto agudo de miocardio	136	137	6,1	5,8	23,9	54,7	47,1	-13,9
Otras enfermedades isquémicas del corazón	77	59	3,5	2,5	12,1	31,8	20,2	-36,5
Insuficiencia cardiaca	187	168	8,4	7,1	27,4	78,1	57,3	-26,6
Otras enfermedades del corazón	101	133	4,6	5,6	17,9	40,9	45,8	11,8
Enf. cerebrovasculares	265	250	12,0	10,6	42,7	108,4	85,3	-21,3
Aterosclerosis	33	18	1,5	0,8	4,9	13,9	6,2	-55,5
Otras enfermedades de los vasos sanguíneos	22	22	1,0	0,9	4,0	9,0	7,5	-17,0
Enfermedades del sistema respiratorio	225	256	10,2	10,8	36,2	92,3	87,3	-5,4
Influenza (gripe)	7	3	0,3	0,1	1,1	2,8	1,0	-66,3
Neumonía	68	75	3,1	3,2	10,5	27,9	25,5	-8,5
Enf. crónicas de las v. respiratorias (excepto asma)	55	43	2,5	1,8	9,0	22,4	14,7	-34,5
Asma	9	7	0,4	0,3	1,8	3,6	2,5	-31,8
Insuficiencia respiratoria	11	21	0,5	0,9	1,6	4,7	7,3	56,6
Otras enfermedades del sistema respiratorio	75	106	3,4	4,5	12,2	30,9	36,4	17,8
Enfermedades del sistema digestivo	103	111	4,7	4,7	17,8	41,9	38,2	-8,9
Úlcera de estómago, duodeno y yeyuno	5	4	0,2	0,2	0,9	2,2	1,4	-32,9
Enteritis y colitis no infecciosas	1	1	0,1	0,0	0,2	0,6	0,3	-50,7
Enf. vascular intestinal	18	22	0,8	0,9	2,8	7,2	7,4	3,0
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	12	11	0,6	0,5	3,0	4,8	3,9	-17,8
Otras enfermedades del sistema digestivo	67	73	3,0	3,1	10,9	27,2	25,1	-7,6
Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	10	13	0,5	0,6	1,5	4,2	4,4	6,5
Enf. del sis. osteomuscular y del tejido conjuntivo	36	35	1,6	1,5	5,8	15,1	12,1	-20,1
Artritis reumatoide y osteoartritis	3	2	0,1	0,1	0,7	1,3	0,8	-40,4
Osteoporosis y fractura patológica	29	27	1,3	1,1	4,1	12,2	9,2	-24,7
Otras enfer. del sistema osteomuscular y conjuntivo	4	6	0,2	0,3	1,0	1,6	2,1	29,9
Enfermedades del sistema genitourinario	42	49	1,9	2,1	7,2	17,1	16,9	-1,5
Enf. del riñón y del uréter	36	37	1,6	1,6	6,2	14,7	12,8	-13,0
Enf. de los genitales masculinos	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Otras enfermedades del sistema genitourinario	6	12	0,3	0,5	0,9	2,3	4,0	72,6
Embarazo, parto y puerperio*	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	
Afecciones originadas en el periodo perinatal	3	5	0,1	0,2	2,0	1,1	1,5	33,3
Malform. congénitas, deform. y anomalías	7	6	0,3	0,3	4,4	2,8	2,1	-24,9
Malformaciones congénitas del sistema nervioso	1	1	0,0	0,1	0,5	0,3	0,4	38,1
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	3	2	0,1	0,1	1,9	1,1	0,7	-41,1
Otras malfo. congénitas y anomalías cromosómicas	4	3	0,2	0,1	2,0	1,4	1,0	-25,5
Sínt., signos y hallazgos anormales clí. y de lab.	61	80	2,8	3,4	9,4	25,9	27,2	5,2
Paro cardíaco, muerte sin asis. y causa desc.	22	34	1,0	1,5	3,7	9,2	11,7	27,6
Senilidad	32	30	1,4	1,3	4,5	13,5	10,1	-25,6
Muerte súbita infantil	0	0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	72,9
Resto de sint., sig. y estados morbosos mal definidos	7	16	0,3	0,7	1,1	3,1	5,3	71,9
Causas externas de mortalidad	53	71	2,4	3,0	14,5	20,3	24,6	21,4
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	19	23	0,8	1,0	6,3	7,0	8,1	16,5
Otros accidentes de transporte	1	1	0,1	0,0	0,5	0,4	0,3	-31,1
Caídas accidentales	10	17	0,5	0,7	1,8	4,3	5,7	34,9
Ahogamiento, sumersión y sofocación	3	3	0,1	0,1	0,7	1,1	1,1	-1,4

MUJERES	NUMERO ANUAL		% SOBRE TOTAL		TAE	TAN		%CAMBIO
	1995-99	2000-04	1995-99	2000-04	1995-99	1995-99	2000-04	TASAS
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	2	1	0,1	0,1	0,4	0,9	0,4	-53,1
Envenenamiento acc. psicofármacos, drogas de abuso	1	3	0,0	0,1	0,3	0,3	0,9	192,2
Otros envenenamientos accidentales	0	0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	-100,0
Otros accidentes	3	4	0,1	0,2	0,7	1,3	1,5	17,3
Suicidio y lesiones autoinfligidas	9	14	0,4	0,6	2,9	3,5	4,8	36,9
Agresiones (homicidios)	1	2	0,1	0,1	0,3	0,4	0,6	27,1
Eventos de intención no determinada	0	0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	73,2
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	2	3	0,1	0,1	0,5	0,9	1,0	13,4
Otras causas externas y sus efectos tardíos	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	

*1 muerte en el quinquenio 2000-04

Tabla 5.24. MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS EN NAVARRA Y ESPAÑA EN EL PERIODO 1995-2004 (ORDEN DECRECIENTE DEL QUINQUENIO 2000-04). TASAS AJUSTADAS POR EDAD A LA POBLACIÓN EUROPEA POR 100.000.

HOMBRES	NAVARRA 1995-99	NAVARRA 2000-04	ESPAÑA 2003	NAVARRA VS ESPAÑA
Tumores	252,0	233,9	250,2	-6,5
Enf. del sistema circulatorio	237,0	195,4	223,7	-12,6
Enf. del sistema respiratorio	90,1	80,8	95,2	-15,1
Causas externas de mortalidad	58,1	53,5	49,7	7,6
Enf. del sistema digestivo	33,8	34,5	43,0	-19,7
Enf. del sistema nervioso y org. sentidos	20,5	19,6	20,0	-1,9
Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	15,4	14,6	18,4	-20,9
Enf. infecciosas y parasitarias	16,1	12,3	16,4	-24,7
Causas mal definidas	11,3	12,3	18,9	-34,8
Enf. del sistema genitourinario	13,9	11,8	16,1	-26,9
Trastornos mentales y del comportamiento	11,5	11,2	16,6	-32,8
Afecciones perinatales	3,4	3,8	3,6	6,6
Enf. sist. osteom y tej. conjuntivo	3,4	3,5	4,1	-14,8
Malformaciones congénitas	4,6	1,7	3,3	-49,8
Enfer. piel y tej. subcutáneo	1,2	1,4	1,2	15,6
Enf. sangre y órg. hematopoyéticos	2,6	1,3	2,0	-35,2
TOTAL HOMBRES	774,8	691,6	784,6	-11,9
MUJERES	NAVARRA 1995-99	NAVARRA 2000-04	ESPAÑA 2003	NAVARRA VS ESPAÑA
Enf. del sistema circulatorio	141,5	112,7	152,2	-25,9
Tumores	117,0	108,6	111,7	-2,8
Enf. del sistema respiratorio	36,2	33,3	39,0	-14,6
Enf. del sistema nervioso y org. sentidos	17,9	20,0	20,8	-3,9
Causa externas de mortalidad	14,5	17,5	15,9	10,1
Enf. del sistema digestivo	17,8	16,4	21,5	-23,8
Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	13,1	12,8	16,7	-23,4
Trastornos mentales y del comportamiento	12,3	10,2	17,3	-40,8
Causas mal definidas	9,4	9,6	13,9	-31,2
Enf. del sistema genitourinario	7,2	7,0	10,4	-32,8
Enf. infecciosas y parasitarias	8,6	6,9	8,9	-22,7
Enf. sist. osteom y tej. conjuntivo	5,8	4,7	5,4	-13,5
Malformaciones congénitas	4,4	2,9	3,0	-2,4
Afecciones perinatales	2,0	2,7	2,9	-8,5
Enfer. piel y tej. subcutáneo	1,5	1,5	1,4	9,5
Enf. sangre y órg. hematopoyéticos,	1,6	1,3	1,7	-23,5
Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,1	0,1	-24,3
TOTAL MUJERES	410,9	368,1	442,9	-16,9

Mortalidad prematura

En la tabla 5.25. se presentan las causas de muerte que producen mayor número de años potenciales de vida perdidos entre los hombres y las mujeres. Señalar en primer lugar que la tasa de APVP es 2,2 veces más alta entre los hombres respecto a las mujeres lo que determina en buena medida la gran desproporción de hombres y mujeres en las edades más avanzadas de la vida.

TABLA 5.25. DEFUNCIONES ANUALES, EDAD MEDIA. TASAS ESTANDARIZADAS DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (TASAEAPVP) Y PROPORCIONAL DE LA TASAEAPVP. RELACIÓN DE LAS 30 CAUSAS EN ORDEN DECRECIENTE SEGÚN LA IMPORTANCIA RELATIVA DE LA TASA ESTANDARIZADA DE APVP EN 2000-2004

	DEFUNCIONES ANUALES TOTALES	EDAD MEDIA	TASAEAPVP		% TOTAL 2000-04	% CAMBIO 2000-04 VS 1995-99
			1995-99	2000-04		
HOMBRES						
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	67	46,3	831,8	629,6	13,1	-32,1
Tumor maligno de tráquea, bronquios y del pulmón	215	69,0	459,1	422,6	8,8	-8,6
Infarto agudo de miocardio	219	72,5	439,3	363,3	7,5	-20,9
Afecciones originadas en el periodo perinatal	7	0,0	257,6	288,8	6,0	10,8
Suicidio y lesiones autoinfligidas	37	50,7	297,5	268,5	5,6	-10,8
SIDA	14	41,5	314,9	129,8	2,7	-142,6
Otras enfermedades del corazón	115	76,0	116,8	126,2	2,6	7,4
Tumor maligno encefalo	24	61,7	122,5	125,7	2,6	2,6
Envenenamiento accidental psicofármacos y drogas	10	34,4	130,6	118,7	2,5	-10,1
Otras enf. del sistema nervioso y órganos sentidos	41	70,0	134,5	111,9	2,3	-20,1
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	38	65,8	106,3	110,8	2,3	4,1
Caidas accidentales	23	65,1	62,2	92,5	1,9	32,8
Otros accidentes	12	50,9	127,3	91,3	1,9	-39,3
Enf. cerebrovasculares	186	79,4	109,5	89,5	1,9	-22,4
Tumor maligno del estómago	55	71,5	129,4	86,0	1,8	-50,5
Ahogamiento, sumersión y sofocación	11	59,0	43,4	81,1	1,7	46,5
Tumor maligno del colon	66	73,4	99,0	80,8	1,7	-22,5
Tumor maligno de la laringe	28	66,1	79,2	74,2	1,5	-6,7
Tumor maligno del labio, cavidad bucal y faringe	21	64,1	74,5	68,5	1,4	-8,8
Leucemia	24	69,1	91,1	65,2	1,4	-39,6
TOTAL HOMBRES	2647	6115,2	5821,0	4819,8	71,1	-20,8
MUJERES						
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	23	52,5	211,6	205,6	9,4	-2,9
Afecciones originadas en el periodo perinatal	5	1,3	153,3	197,5	9,0	22,4
Tumor maligno de la mama	74	70,3	263,8	181,5	8,3	-45,4
Suicidio y lesiones autoinfligidas	14	50,2	71,5	111,4	5,1	35,8
Tumor maligno de la tráquea, de los brónquios y del pulmón	30	65,0	56,8	104,9	4,8	45,8
Otras enfermedades del sistema nervioso y órganos sentidos	39	74,0	91,7	89,4	4,1	-2,5
Tumor maligno encefalo	19	65,0	75,2	73,6	3,3	-2,2
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2	10,4	136,2	73,6	3,3	-85,1
Enf. cerebrovasculares	250	84,3	51,0	66,1	3,0	22,9
Otras malformac. deformidades y anomalías cromosomicas	3	31,4	130,7	65,7	3,0	-99,0
Tumor maligno del colon	56	76,4	52,1	63,8	2,9	18,3
Otras enfermedades del corazón	133	82,6	70,4	50,2	2,3	-40,2
Tumor maligno del ovario	28	70,9	57,5	49,5	2,3	-16,2
SIDA	4	40,2	132,2	41,3	1,9	-220,3
Leucemia	17	72,6	36,5	40,3	1,8	9,4
Tumor maligno del estómago	35	77,1	53,8	39,4	1,8	-36,5
Infarto agudo de miocardio	137	82,4	53,1	39,1	1,8	-35,9
Otros tumores malignos tejido linfático, hematop.	29	74,3	53,5	34,9	1,6	-53,2
Malformaciones congénitas del sistema nervioso	1	19,8	38,4	32,3	1,5	-19,0
Envenenamiento accidental psicofármacos y drogas	3	35,8	11,0	31,7	1,4	65,4
TOTAL MUJERES	2364	6762,7	2653,0	2199,3	72,4	-20,6

Los accidentes de tráfico, el cáncer de pulmón y el infarto agudo de miocardio ocupan los 3 primeros lugares como causantes de mortalidad prematura entre los hombres, sumando entre ellas el 29,4%. Como dato positivo señalar que las muertes prematuras por estas 3 causas han descendido en el último quinquenio.

Entre las mujeres, también las muertes por accidentes de tráfico ocupan el primer lugar como causantes de APVP, mientras que la segunda posición la ocupan las muertes por afecciones originadas en el periodo perinatal que se concentran en los menores de 1 año y en tercer lugar el cáncer de mama. Lo más llamativo en el último quinquenio es el fuerte descenso de la mortalidad prematura por cáncer de mama en relación, probablemente, con el programa de screening.

Enfermedades del Aparato Circulatorio

Las muertes cardiovasculares representan el 29 y 36% del total de las muertes en los hombres y mujeres y el 15,0 y 9% de los APVP, respectivamente (datos no presentados) durante el periodo 2000-2004. En el último quinquenio las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares han disminuido un 17% en los hombres y un 19% en las mujeres y también las tasas de APVP, un 16% en los hombres y un 22% en las mujeres. El fuerte descenso de las tasas ha hecho que a pesar del aumento de población y del envejecimiento hayan descendido el número de fallecimientos por estas enfermedades (tablas 5.22 y 5.23).

El descenso se ha producido en ambos sexos en la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, enfermedad isquémica del corazón, insuficiencia cardíaca y arterioesclerosis, principales subgrupos del capítulo de enfermedades circulatorias. En Navarra, el descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es en gran medida responsable del aumento de la esperanza de vida al nacer en la década de los 90, tanto en hombres como en mujeres, si consideramos que son las patologías que más defunciones causan y que han disminuido de manera muy significativa en los últimos años.

Existe una gran disparidad dentro de la UE-15 para la mortalidad por estas enfermedades y además hay que señalar que el patrón geográfico es diferente para la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y para la mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Navarra se encuentra entre las regiones de Europa con tasas muy bajas tanto para el conjunto de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares como para la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón e igualmente para la enfermedad cerebrovascular (tabla 5.26). Francia presenta las tasas más bajas y las tasas de Navarra son muy parecidas a las encontradas en ese país. La menor mortalidad en Navarra respecto a España se observa tanto para la mortalidad por enfermedad isquémica como para la mortalidad por enfermedad cerebrovascular.

TABLA 5.26. MORTALIDAD POR DETERMINADAS CAUSAS DE MUERTE EN NAVARRA, ESPAÑA Y UE-15. TASAS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA. DATOS DE 1998 Y 1995-99 EN EL CASO DE NAVARRA

	VARONES	MUJERES
TODAS LAS CAUSAS		
Navarra	774,8	410,9
España	872,0	480,7
Unión Europea	923,0	525,5
Tasa más baja de la Unión Europea	759 (Suiza)	442,2 (Suiza)
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO		
Navarra	237,9	141,5
España	277,1	187,8
Unión Europea	349,2	210,1
Tasa más baja de la Unión Europea	233,8 (Francia)	136,3 (Francia)
ENFERMEDADES ISQUEMIAS DEL CORAZÓN		
Navarra	93,9	36,0
España	103,9	45,5
Unión Europea	157,1	52,0
Tasa más baja de la Unión Europea	78,2 (Francia)	32,2 (Francia)
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES		
Navarra	56,8	42,7
España	70,5	64,9
Unión Europea	78,9	67,6
Tasa más baja de la Unión Europea	66,3 (Francia)	41,0 (Francia)
TUMORES		
Navarra	252,0	117,0
España	265,2	116,9

	VARONES	MUJERES
Unión Europea	264,6	145,1
Tasa más baja de la Unión Europea	215,9 (Finlandia)	115 (Grecia)
CÁNCER COLORRECTAL		
Navarra	25,1	13,7
España	27,3	15,6
Unión Europea	27,7	17,0
Tasa más baja de la Unión Europea	12,8	9,6
CÁNCER DE ESTÓMAGO		
Navarra	19,8	8,6
España	17,1	7,3
Unión Europea	15,5	7,2
Tasa más baja de la Unión Europea	9,4 (Suiza)	4,0 (Francia)
CÁNCER DE LARINGE/TRÁQUEA/BRONQUIOS/PULMÓN		
Navarra	70,7	5,9
España	79,5	6,5
Unión Europea	73,9	15,9
Tasa más baja de la Unión Europea	32,9 (Suecia)	6,5 (España)
CÁNCER DE MAMA		
Navarra		22,2
España		22,2
Unión Europea		28,4
Tasa más baja de la Unión Europea		21,4 (Luxemburgo)
CAUSAS EXTERNAS		
Navarra	58,1	14,5
España	58,3	
Unión Europea	60,5	
Tasa más baja de la Unión Europea	37,0 (Holanda)	
ACCIDENTES DE TRAFICO		
Navarra	27,9	6,7
España	23,7	
Unión Europea	17,5	
Tasa más baja de la Unión Europea	8,9 (Reino Unido)	
SUICIDIOS		
Navarra	11,6	2,9
España	11,8	
Unión Europea	17,1	
Tasa más baja de la Unión Europea	5,7 (Grecia)	

Tumores

En el último periodo, 2000-2004, las muertes por tumores representaban el 32,4% de todas las muertes entre los hombres y el 22,4% en las mujeres. Son también una importante causa mortalidad prematura, representando el 31 y 42% de los APVP, respectivamente.

Confirmando una tendencia observada a finales de la década de los 80, considerando conjuntamente todos los tipos de tumores, la tasa mortalidad por cáncer de los varones supera a la mortalidad por enfermedades circulatorias (tablas 5.24. y 5.22.). Este mismo patrón se observó en España en el año 2000. Señalar también que la tasa de mortalidad por cáncer de los varones de Navarra es un 6% más baja que la de España y además se ha producido un descenso de la mortalidad por esta causa en los últimos años. El descenso de la mortalidad por cáncer ha afectado también a la mortalidad prematura o APVP, que ha descendido un 13% en los hombres (datos no presentados). El descenso de las tasas de mortalidad por tumores del aparato digestivo en prácticamente todas las localizaciones (excepto páncreas) y fundamentalmente el importante descenso de la mortalidad por cáncer de estómago, son en buena medida responsables de la buena evolución del indicador "mortalidad por cáncer".

Entre las mujeres se van igualando de la misma manera las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias y cáncer pero todavía las primeras continúan siendo la primera causa de muerte en Navarra. Considerando conjuntamente

todos los tipos de tumores se observa un descenso de las tasas de 6% en el último quinquenio y lo mismo ocurre con la mortalidad prematura que ha descendido un 9,2% (datos no presentados).

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

Es importante valorar la evolución de la tasa total de cáncer pero diferenciando la evolución de cada tipo de localización y sobre todos aquellos más prevenibles por factores de riesgo conocidos y modificables como son los tumores relacionados con el hábito tabáquico.

Cáncer de pulmón y otros tumores relacionados con el tabaco

Fallecen anualmente 215 hombres y 30 mujeres por cáncer de pulmón en Navarra. Entre los hombres, uno de cada 12 muere por esta causa, representando además una de cada 4 muertes por cáncer. Entre las mujeres, las muertes por cáncer de pulmón representan 1 de cada 20 muertes por cáncer.

El cáncer de pulmón es el tumor que mayor tasa de mortalidad ha presentado entre los varones de Navarra a lo largo de toda la década 1995-2004. Además la tasa ajustada a la población de Navarra continuó aumentando, un 2,8% en el periodo 2000-04 respecto al periodo 1995-1999. Por otra parte es, tras los accidentes de tráfico, la segunda causa de muerte prematura en los varones (tabla 5.25), y como dato esperanzador la tasa de APVP en menores de 70 años fue algo menor en el quinquenio 2000-04 que en el anterior. Cuando se compara la mortalidad por cáncer de pulmón de los varones de Navarra con los datos de la UE-15, los datos muestran que la tasa de Navarra se encuentra en torno a la tasa global de la UE-15. Sin embargo hay que señalar que la tasa de Navarra (70,7) duplica a la observada en países como Suecia (32,9), Noruega (47,1) ó Suiza (53). En Navarra todavía no se ha alcanzado el punto más alto de la curva de mortalidad para este tumor en los varones, reflejo de un retraso importante en la lucha contra el tabaquismo en nuestra comunidad en comparación con algunos países de la Unión Europea o los Estados Unidos que muestran tasas de mortalidad claramente descendentes desde los años 90.

Los indicadores relativos a la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres registran incrementos importantes en el periodo 2000-2004 que se reflejan sobre todo en la mortalidad prematura que ha aumentado un 45,8% y menos en la tasa global de mortalidad que ha aumentado un 18,6% (tablas 5.23 y 5.25), lo que traduce que el exceso de mortalidad por este cáncer sólo afecta a las mujeres jóvenes y no a las mayores que prácticamente no han fumado. Es decir, aunque hemos vivido una situación envidiable en las décadas anteriores, los datos de las mujeres jóvenes señalan el comienzo de la epidemia de cáncer de pulmón entre las mujeres de Navarra. Todavía, sin embargo, la mortalidad por cáncer de pulmón de las mujeres de Navarra continúa siendo mucho más baja que la de la mayoría de los países de la Unión Europea, encontrándose nuestra región en la parte ascendente de la curva de mortalidad reflejo de la tardía introducción del tabaquismo en las mujeres de Navarra, mientras que algunos países han comenzado a presentar una tendencia descendente de sus tasas, por ejemplo los Estados Unidos.

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

Cáncer de mama

En el periodo 2000-04, el 3,1% de las muertes totales y el 14% de las muertes por cáncer se debieron a esta causa en Navarra, representando además la tercera causa de muerte prematura.

La mortalidad por cáncer de mama en el periodo 1995 a 2004 muestra una evolución buena en todos los indicadores. A pesar del envejecimiento y del aumento de población, el número absoluto anual de muertes por cáncer de mama ha pasado de 81 en el quinquenio 1995-99 a 74 en el periodo 2000-2004. La tasa ajustada de mortalidad y la tasa ajustada de APVP han disminuido en los mismos periodos: un 17,7% y 45,4%, respectivamente, indicando que ha disminuido sobre todo la mortalidad entre las mujeres jóvenes (tablas 5.22 y 5.23). Esta tendencia se asemeja a la observada en España y en muchos países de la UE-15 aunque hay que señalar que los descensos de Navarra han sido muy pronunciados.

Cánceres ginecológicos

Las muertes por cáncer de ovario representan aproximadamente el 1% de las defunciones entre las mujeres y el mismo porcentaje representan los tumores de útero. Los últimos datos parecen señalar una estabilización en las tasas de mortalidad por estos cánceres. Navarra presenta menores tasas de mortalidad por cáncer de útero mientras que la

magnitud de las tasas es muy similar para el cáncer de ovario: 6,2 muertes por 100.000, tanto en Navarra como España. Destaca la baja mortalidad por cáncer de cérvix de Navarra, que se corresponde igualmente con bajas tasas de incidencia que han sido documentadas por el Registro de Cáncer de Navarra.

Cánceres digestivos

El cáncer de estómago continúa mostrando un descenso marcado de sus tasas de mortalidad total y mortalidad prematura e incluso de número anual de muertes, y ello a pesar del aumento de población y de su progresivo envejecimiento. Se ha pasado de 105 muertes a 90 muertes al año en los periodos 1995-1999 y 2000-2004. Las tasas ajustadas han descendido un 24% en ambos sexos y las tasas de APVP todavía más, alcanzando un 50% en los hombres y un 36% en las mujeres. Las tasas de mortalidad por cáncer de estómago de Navarra y España son muy similares y se encuentran por encima de la media de la UE.

La tasa de mortalidad por cáncer colorrectal es la tercera más alta tras el cáncer de pulmón y próstata en los hombres y la segunda más frecuente tras el cáncer de mama en las mujeres. La mortalidad por cáncer colorrectal fue más alta en los hombres que en las mujeres en el último quinquenio, 44,5 y 26,4 muertes por 100.000 y además los últimos datos parecen señalar una estabilización. Las tasas de Navarra son muy similares a las de España para este cáncer y se encuentran por debajo de la media de la UE-15. Cuando se observan los datos de los Estados Unidos ó los datos globales de la Unión Europea, las estadísticas de mortalidad muestran que el cáncer colorrectal está descendiendo. En la Unión Europea entre 1988 y 1996, la mortalidad disminuyó un 12,4%; en los Estados Unidos los datos de mortalidad muestran descensos que se iniciaron en la década de los 70.

Cáncer de próstata

La mortalidad por cáncer de próstata, que había presentado una tendencia creciente en la década de los 80, con una estabilización en los 90 muestra un descenso del 20% en el último quinquenio. También los datos de España muestran un ligero descenso de las tasas de mortalidad en los últimos años, pasando de 23,7 en el año 1999 a 22,4 muertes por 100.000 en el año 2000.

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

Enfermedades Respiratorias

La mortalidad por enfermedades respiratorias de Navarra es similar a la media estatal y de la Unión Europea. La utilización en España desde el año 1999 de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ha producido algunos cambios que concretamente afectan a la comparabilidad de las estadísticas de mortalidad por enfermedades respiratorias. Por un lado el traspaso de la insuficiencia respiratoria del capítulo de mal definidas al capítulo de enfermedades respiratorias, aportación que se neutraliza en parte por la pérdida de defunciones en la rúbrica de neumonía por los cambios en las normas de selección de la causa básica de defunción. Los datos de la tabla 5.24 muestran que las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias de Navarra son mas bajas que las de España en ambos sexo.

Enfermedades Digestivas

Las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato digestivo de Navarra son más bajas que las observadas en España en ambos sexos (tabla 5.24.). Siguiendo la tendencia observada en la década de los 90, la mortalidad por úlceras y la mortalidad por cirrosis han continuado descendiendo. Patrones similares se han observado para estos dos grupos de causas de defunción en otras Comunidades Autónomas y en España.

Causas Externas

La mortalidad por causas externas entre los hombres de Navarra es 4 veces más alta que entre las mujeres. Las causas externas, son una importante causa de muerte prematura, representando el 30% de los APVP en los hombres y el 19% en las mujeres.

Las defunciones por causas externas de mayor relevancia en los hombres de Navarra en el periodo 2000-2004 fueron los accidentes de tráfico, que suponen aproximadamente 67 muertes al año y en segundo lugar los suicidios con 37

muerres al año (tabla 5.22.). Estas dos causas son además la primera y cuarta causa de años potenciales de vida perdidos, es decir, son causas importantes de muertes prematuras. En el último quinquenio, la mortalidad por accidentes de tráfico entre los hombres ha disminuido un 15% y la prematura un 32%; la mortalidad por suicidios se mantiene. A nivel de la UE, tanto Navarra como España presentan una tasa de mortalidad por accidentes de tráfico por encima de la media y 3 veces más alta que la observada en Reino Unido que es el país que tiene mortalidad más baja. La mortalidad por suicidios de los hombres de Navarra es muy parecida a la de España y las tasas están por debajo de la media de la UE 2-3.

La tasa de mortalidad por causas externas de las mujeres de Navarra es 3,3 veces más baja que la de los hombres pero como dato negativo han aumentado un 15% en el último quinquenio, también la tasa de APVP. Al contrario de lo que ocurre con prácticamente el resto de causas de muerte, la mortalidad por causas externas de las mujeres de Navarra se encuentra por encima de la media de España. Como ocurre entre los hombres, Navarra destaca a nivel europeo por su baja mortalidad por suicidios y alta mortalidad por accidentes de tráfico entre las mujeres.

Enfermedades Infecciosas

Las muertes por enfermedades infecciosas representan el 1,7% de las muertes en los hombres y el 2% mujeres de Navarra en el periodo 2000-2004. Destaca el descenso de las tasas de mortalidad por SIDA, que además afectan fundamentalmente a los jóvenes.

CONCLUSIONES

Indicadores que presentan una evolución positiva en el periodo 2000-2004:

- En el quinquenio 2000-2004 la esperanza de vida al nacer fue de 85 años en las mujeres y de 77,9 años en los hombres de Navarra, situándose entre las más altas de las registradas en los países industrializados.
- Han disminuido las tasas de mortalidad en ambos sexos en prácticamente todos los grupos de edad excepto en las mujeres de 15-24 años.
- Importante descenso de la mortalidad infantil que se sitúa en 3,3 muertes por 1000 recién nacidos vivos en el periodo 2000-2004 frente a 4,1 en el quinquenio anterior.
- La utilización de tratamientos antirretrovirales más eficaces ha hecho descender las muertes por SIDA un 60% en el quinquenio 2000-2004 respecto al anterior, descenso que se ha reflejado sobre todo en la mortalidad en los jóvenes de 25-34 años.
- Bajas tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias en ambos sexos en Navarra en comparación a la mortalidad registrada en España y en la mayoría de los países de la Unión Europea. Además durante 2000-2004 han continuado descendiendo la mortalidad por isquemia cardiaca, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardiaca.
- Descensos de las tasas de mortalidad para la mayoría de las localizaciones tumorales del aparato digestivo excepto el cáncer de páncreas. El descenso de la mortalidad por cáncer de estómago ha sido muy considerable en los últimos años.
- La mortalidad total y mortalidad prematura por cáncer de mama que hasta mediados de los 90 presentaba una tendencia ascendente muestra un descenso de la mortalidad total pero sobre todo de la mortalidad prematura.
- Ha continuado en el periodo 2000-04 el descenso de la mortalidad por cirrosis y úlceras digestivas en Navarra.
- Descenso de la mortalidad prematura por accidentes de tráfico entre los varones.

Indicadores que presentan una evolución negativa en el periodo 2000-2004:

- Fuerte incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres (19% la mortalidad total y 45% 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.

Mensajes clave:

- Incremento importante de la esperanza de vida debido al descenso de la mortalidad en la mayoría de los grupos de edad. Disminuyen la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama, estómago, SIDA y enfermedades digestivas.
- Evolución negativa de la mortalidad debida a causas externas y del cáncer de pulmón en mujeres que sugiere la necesidad de potenciar políticas sanitarias encaminadas a la prevención y promoción de la salud.

5.7. ATENCIÓN AL MEDIO

5.7.1. MEDIO EXTERNO

5.7.1.1. AGUAS DE CONSUMO

Calidad del Agua. En 2005, el 82,4% de la población de Navarra recibió el agua de una Mancomunidad, siendo aptas para el consumo el 98,9% de las analíticas realizadas con dicho origen, lo que supone, valorando de forma general las aguas suministradas por las Mancomunidades, un alto grado de cumplimiento.

Considerando globalmente los suministros a poblaciones que no están integradas en estructuras mancomunadas, el porcentaje de aptitud para el consumo disminuye al 83,5% de las muestras analizadas (en 2004 fueron el 82,0%). Supone el suministro del 17,4% de los habitantes de Navarra que residen, principalmente, en poblaciones pequeñas las cuales tienen más dificultades de realizar operaciones de acondicionamiento del agua como es la desinfección, de forma correcta y controlada.

Al 0,2% de la población de Navarra no se controló la calidad del agua de 2005, debido a que se trata de localidades de menos de 10 habitantes y a las dificultades que supone este control.

TABLA 5.27. CALIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ANALÍTICOS DE LAS AGUAS DE ABASTECIMIENTO PÚBLICO DE NAVARRA, A LA SALIDA DE TRATAMIENTO O RED. 2005

	Nº CONTROLADOS DE		Nº TOTAL ANÁLISIS	APTAS PARA CONS.		NO APTAS PARA CONS.	
	LOCALIDADES	HABITANTES (*)		Nº	%	Nº	%
No mancomunadas	338	101.685	2.256	1.883	83,5	373	16,5
Junta de Aguas de Tudela	5	40.095	283	277	97,9	6	2,1
Mancomunidad Arratoz	7	1.301	31	31	100	0	0
Mancomunidad Cascante-Cintruénigo-Fitero	3	12.646	69	63	91,3	6	8,7
Mancomunidad Mairaga	18	17.546	1.359	1.342	98,7	17	1,3
Mancomunidad Moncayo	8	20.490	219	217	99,1	2	0,9
Mancomunidad Montejurra	81	46.995	1.101	1.100	99,9	1	0,1
Mancomunidad Pamplona	155	308.082	1.586	1.580	99,6	6	0,4
Mancomunidad Sangüesa	16	7.093	250	237	94,8	13	5,2
Mancomunidad Sakana	24	16.369	203	193	95,1	10	4,9
Mancomunidad Valdizarbe	26	11.174	210	210	100	0	0
TOTAL	681	583.476	7567	7133	94,3	434	5,7

(*) Población total de Navarra (Censo de 1 de enero de 2004): 584.734 habitantes.

En los análisis gestionados por el Instituto de Salud Pública se incide con un mayor muestreo en los suministros no mancomunados (más problemáticos), reflejándose los resultados en la siguiente tabla.

TABLA 5.28. ANÁLISIS DE AGUA DE CONSUMO PÚBLICO GESTIONADOS POR EL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. 2005

CONSUMO PÚBLICO	AGUA			
	APTA	NO APTA (*)	SIN CALIFICAR	TOTALES
Origen	0	0	6	6
Salida tratamiento	71	9	12	92
Red	1565	360	65	1990
Abastecimiento particular	11	12	34	57
Fuentes	0	6	1	7
Naturales	0	0	16	16
TOTALES	1647	387	134	2168

(*) Muestras de salida tratamiento o red sin calificación - resultados analíticos no conformes.

Subvención de cloradores. Para paliar las deficiencias de desinfección, desde el I.S.P. se subvenciona la instalación de cloradores, habiéndose dado ayudas para la instalación de 24 cloradores en el 2005. No obstante, uno de los mayores problemas consiste en el mantenimiento de los aparatos y en el control de su funcionamiento para conseguir la correcta desinfección del agua.

SUBVENCIONES 2005	nº 24	37.952,74 euros
--------------------------	-------	-----------------

Expedientes sancionadores. Se han sancionado a 8 localidades por incumplir el Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano.

Homologación de transportes en cisternas. Se ha homologado una empresa.

Reuniones. Se participó en cuatro reuniones del Grupo de Trabajo de parámetros en aguas de consumo humano en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

5.7.1.2. PISCINAS DE USO PÚBLICO

Legislación

Control de las instalaciones. Con el fin de disminuir los riesgos para los usuarios de las piscinas, se supervisan las condiciones higiénico-sanitarias de estos establecimientos, controlando su equipamiento, sistemas de tratamiento y nivel de mantenimiento y autocontrol.

Se controlaron 223 instalaciones, 185 públicas y 38 de titularidad plurifamiliar, que agrupan a 417 vasos descubiertos, 28 cubiertos y 8 mixtos.

Se propusieron 66 expedientes sancionadores como consecuencia de diversos incumplimientos.

Se requirieron 13 informes previos a la construcción o reforma, y se realizaron 4 informes previos a la primera apertura.

También se realizaron 9 informes, fundamentalmente a petición de los titulares de las instalaciones para conocer sus deficiencias y las reformas que deben realizar para adecuarse al Decreto 123/2003, de 9 de abril.

Se realizaron 64 informes de valoración de deficiencias en instalaciones de piscinas.

Se han realizado 13 controles analíticos del agua de los vasos de piscinas.

5.7.1.3. LEGIONELLA

Censo de torres y condensadores evaporativos. El número de instalaciones inscritas en dicho censo es de 623, de las que 203 son condensadores evaporativos y 420 corresponden a torres de refrigeración. Estos equipos se encuentran instalados en un total de 267 edificios de uso colectivo y/o industrias.

Registro de cursos autorizados para la formación del personal que realiza las operaciones de mantenimiento higiénico-sanitario de las instalaciones de riesgo frente a Legionella. Se han emitido informe favorable para cinco entidades que son las que se encuentran registradas. Estas entidades han realizado un total de 8 cursos de formación en Navarra. En 7 de los 8 cursos ha participado personal de esta Sección como docente.

Registro de las empresas autorizadas que realizan tratamientos frente a Legionella en Navarra (Rama C de la Sección Servicios del Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas). Hay 76 empresas autorizadas.

Plan de prevención y control de la legionelosis. Con motivo de dicho plan se han realizado un total de 181 visitas de inspección a edificios de uso colectivo y/o industrias, de ellas 73 corresponden a primeras visitas de inspección y 108 son segundas visitas de comprobación de corrección de deficiencias detectadas en las primeras inspecciones.

Señalar que en cada una de las visitas se inspeccionan todas y cada una de las instalaciones potencialmente transmisoras de legionelosis existentes en dichos edificios.

Entre ellos, se visitaron todos los centros sanitarios con internamiento existentes en Navarra.

Como consecuencia del incumplimiento de la legislación vigente en algunos edificios públicos, detectados en la segunda visita de inspección, se ha procedido a promover la apertura de 8 expedientes administrativos.

TABLA 5.29. INSPECCIONES REALIZADAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS EN NAVARRA. AÑO 2005

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	INSPECCIONES		
	1ª VISITAS	2ª VISITAS	TOTALES
Centros sanitarios con internamiento	---	8	8
Bañeros	---	1	1
Centros residenciales de riesgo (tercera edad, disminuidos físicos, disminuidos psíquicos)	4	25	29
Establecimientos hoteleros	10	19	29
Piscinas de uso público que dispongas de vasos climatizados, hidromasajes, etc	---	1	1
Industrias y establecimientos públicos con torres de refrigeración y condensadores evaporativos	48	24	72
Establecimientos deportivos (polideportivos, etc)	---	---	0
Establecimientos educativos	---	---	0
Establecimientos de las instituciones forales	2	2	4
TOTAL	64	80	144

Por último señalar que y a petición de los interesados se ha procedido a elaborar informes de asesoramiento de legionelosis tanto para la reforma y construcción de edificios de uso público, para el Departamento de Salud, como para la contratación de personal que revise la situación de centros con instalaciones potencialmente transmisoras de legionelosis, Departamento de Bienestar Social.

Intervención en la investigación de casos y brotes de legionelosis. Se han realizado actividades de inspección e investigación ambiental en relación al estudio de dos posibles brotes de legionelosis.

Además se han realizado operaciones de inspección sanitaria en todas aquellas instalaciones que se englobaron en el estudio del brote de legionelosis ocurrido en el Casco Viejo de Pamplona en el verano de 2002.

Muestreo y control analítico. Se han realizado 10 muestreos del agua caliente sanitaria y de torres y condensadores evaporativos correspondientes a edificios de uso público, centros sanitarios y balneario de Fitero. El número de muestras recogidas fue de 126. En el Balneario de Fitero se realizaron 4 muestreos con un total de 52 muestras.

Por último, la investigación de brotes motivó la realización de nueve muestreos con un total de 49 muestras.

5.7.1.4. INFORMES ACTIVIDADES CLASIFICADAS

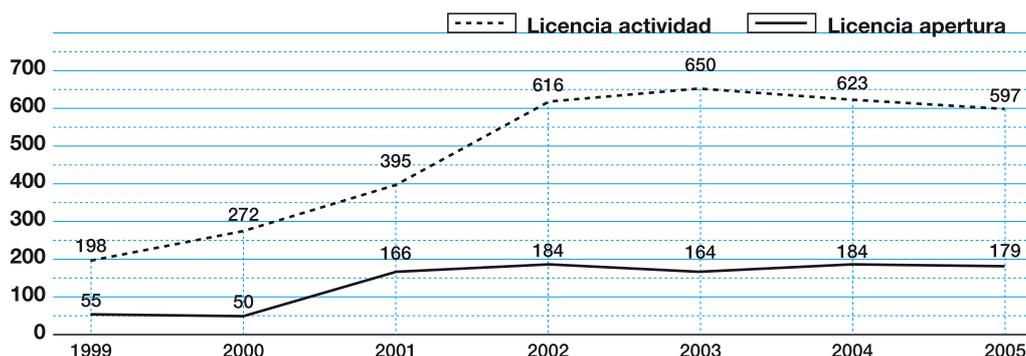
Durante el año 2005 se han informado un total de 769 actividades, 597 expedientes de licencia de actividad remitidos por los Ayuntamientos y por equipos de Atención Primaria, y 179 informes para la tramitación de licencias de apertura, a solicitud de los Ayuntamientos.

TABLA 5.30. INFORMES REALIZADOS DE LICENCIA DE ACTIVIDAD. AÑO 2005

TIPO DE ACTIVIDAD	LICENCIA DE ACTIVIDAD		LICENCIA DE APERTURA	
	Nº	%	Nº	%
Comercios, restaurantes, hostelería	124	20,8	22	12,3
Industrias en general	77	12,9	11	6,1
Garajes y aparcamientos	67	11,2	38	21,2
Industrias transformadoras de metales	17	2,8	4	2,2
Sector agrícola y ganadero	84	14,1	19	10,6
Reparación de vehículos, maquinaria y transportes	38	6,4	20	11,2
Energía, agua	11	1,8	3	1,7
Almacenamiento y logística de productos	66	11,1	20	11,2
Construcción	14	2,3	2	1,1
Actividades extractivas y químicas	24	4,0	14	7,8
Otros	75	12,6	26	14,5
TOTAL	597	100,0	179	100,0

La evolución de los mismos a lo largo de los últimos 6 años se refleja en el gráfico siguiente:

Gráfico 5.9. Evolución de los informes de actividad clasificada por tipo de actividad 1999/2005



5.7.1.5. SEGURIDAD QUÍMICA

Establecimientos y servicios plaguicidas. Durante el año 2005 se han producido 17 nuevas inscripciones en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas, 3 en la Rama B (uso ambiental y alimentario), 11 en la Rama C y 3 mixtas, estando inscritos en el citado registro, a 31 de diciembre de 2005, 67 servicios de la Rama B y 90 servicios de la Rama C.

Se realizaron 12 inspecciones e informes de establecimientos y servicios plaguicidas a solicitud del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

Se colaboró con el ITG formación agraria en 6 charlas impartidas a agricultores de Navarra sobre la correcta utilización de productos fitosanitarios en la agricultura.

Preparados peligrosos. El I.S.P. participó en el proyecto Europeo Eclips sobre valoración del etiquetado y fichas de datos de seguridad de preparados peligrosos que ha durado 2 años. Se realizó el seguimiento y comprobación de las deficiencias observadas en productos elaborados en nuestra Comunidad.

Se ha intervenido en 4 comunicaciones de Alerta remitidas a través de la Red de Vigilancia, Inspección y control de Productos Químicos.

Cursos. Se aprobó por Resolución del Director General de Salud del Departamento de Salud, la realización de un curso de capacitación de nivel cualificado para tratamientos con plaguicidas de uso ambiental y en la industria alimentaria.

5.7.1.6. RESIDUOS SANITARIOS

Durante el año 2005 no se ha homologado ningún plan de gestión de residuos sanitarios, siendo 30 los centros y servicios que tienen homologados sus planes de gestión.

5.7.1.7. PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Tienen como objetivo disminuir el riesgo de exposición de los trabajadores y población en general a las radiaciones ionizantes mediante la inspección y control de las instalaciones radiactivas autorizadas (30 inspecciones en el 2005), de las de Rayos X de radiodiagnóstico médico (65 inspecciones), programadas por el Consejo de Seguridad Nuclear y 2 de transportes de material radiactivo (fuentes y residuos). Así mismo, se han inspeccionado los dos servicios de Protección Radiológica presentes en nuestra Comunidad. Se han realizado un total de seis informes relativos a la autorización de estaciones base de telefonía móvil y atendida un gran número de demandas de información relativas a posibles efectos en salud de las antenas de telefonía móvil y líneas y transformadores eléctricos.

Se ha gestionado el Registro de instalaciones de radiodiagnóstico médico, existiendo actualmente 381 registradas de las que 330 constan en funcionamiento, en total de 623 de equipos de Rayos X.

Se asistió a la reunión de la Comisión Mixta de Seguimiento del Acuerdo de Enmienda con el Consejo de Seguridad Nuclear y a la reunión anual de inspectores del C.S.N.

5.7.1.8. SANIDAD MORTUORIA

En cumplimiento de las funciones encomendadas al I.S.P. en aplicación del Decreto Foral 297/2001, de 15 de octubre por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria, se realizaron 7 informes de construcción y se homologaron los nichos fabricados por 1 empresa.

5.7.1.9. OTROS

Se han realizado 2 informes sobre aguas residuales, 1 de atmósfera, 1 de instalaciones de balneario, 21 informes para Organismos de Cuenca y 1 informe de un brote de transmisión hídrica.

Se atendieron 16 denuncias sobre diversos aspectos ambientales con posibles afecciones para la salud.

Los cursos realizados por personal de la Sección han sido 11.

Se participó en 3 reuniones de la Comisión Foral de Bioseguridad (como Secretario).

Se realizaron 5 autorizaciones de actividades de bioseguridad y 6 inspecciones.

Se realizó una propuesta de modificación para la normativa de piercing y tatuajes.

Se ha colaborado y asesorado a instituciones como el SEPRONA, Policía Foral, Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, Departamento de Educación, etc. en diversos aspectos en relación a condiciones higiénico-sanitarias en actividades.

5.7.2. SEGURIDAD ALIMENTARIA

5.7.2.1. Registro Sanitario de Industrias Alimentarias

El Registro General Sanitario tiene carácter nacional, siendo obligatorio estar inscrito en él para ejercer cualquier actividad industrial relacionada con los alimentos. Durante el año 2005 se realizaron 88 nuevas inscripciones. A 31 de diciembre había en Navarra 1795 registradas, habiéndose producido 70 bajas y habiéndose convalidado durante 2005 a 122 de ellas.

5.7.2.2. Inspección de establecimientos alimentarios

Con el fin de prevenir y evitar riesgos para la salud, se realizan controles e inspecciones de los establecimientos a lo largo de la cadena alimentaria en los establecimientos en los que se realizan procesos de manipulación elaboración, almacenamiento distribución y comercialización de alimentos y productos alimentarios.

Haciendo excepción del control de mataderos, así como de las campañas de reconocimiento de triquina en cerdos y jabalíes que se analizan por separado, se han realizado 14.105 visitas a un total de 6.454 establecimientos a lo largo y ancho de la Comunidad, exceptuando los establecimientos radicados en los Ayuntamientos de Pamplona y Tudela ya que éstos cuentan con Servicios propios de Inspección alimentaria.

El mayor peso de las inspecciones recae en establecimientos industriales con un total de 1.594 visitas, lo cual supone un total de 3,86 visitas por establecimiento y año frente a las 7.939 visitas realizadas a los establecimientos minoristas o de consumo final con un total de 1,63 visitas por establecimiento y año.

TABLA 5.31. INSPECCIONES EN INDUSTRIAS ALIMENTARIAS SEGÚN ACTIVIDAD INDUSTRIAL. AÑO 2005

ACTIVIDAD COMERCIAL	NÚMERO			VISITAS POR ESTABLECIMIENTO	ACTAS POR ESTABLECIMIENTO
	ESTABLEC	VISITAS	ACTAS		
PRODUCTOS CÁRNICOS	321	2.763	1.072	8,6	3,3
Industrias cárnicas	82	1.057	466	12,9	5,7
Salas despiece	25	527	80	21,0	3,2
Salazón y curado jamón	43	196	57	4,5	1,3
Carnicería-charcutería	110	510	389	4,6	3,5
Almacén frigorífico	33	371	51	11,2	1,5
Almacén productos	27	72	29	2,6	1,0
Depósitos caza	1	30		30,0	
HUEVOS Y OVOPRODUCTOS	29	247	52	8,52	1,8
PRODUCTOS DE LA PESCA	19	297	46	15,6	6,4
LÁCTEOS Y DERIVADOS	77	218	132	2,8	1,7
Elaboración de queso	53	167	112	3,1	2,1
Otros	24	51	20	2,1	0,8
GRASAS	19	79	34	4,1	1,7
HARINAS Y DERIVADOS	270	590	436	2,2	1,6
Obrador panadería	154	327	247	2,1	1,6
Obrador pastelería	94	244	176	2,5	1,8
Fabricación envasado	22	19	13	0,8	0,6
PRODUCTOS VEGETALES	192	634	368	3,3	1,9
Fca. Conservas	81	434	258	5,3	3,1
Congelados	10	52	12	5,2	1,2
Otros	101	148	98	1,4	0,9
LEGUMBRES, CEREALES Y TUBÉRCULOS	31	40	28	1,2	0,9
PLATOS PREPARADOS	72	656	267	9,1	3,7
COCINAS CENTRALES	28	84	36	3,0	1,2
HELADOS	19	56	30	2,9	1,5
AGUAS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS	30	35	24	1,1	0,8
BEBIDAS ALCOHÓLICAS	224	296	129	1,3	0,5
ALMACENES POLIVALENTES	153	267	130	1,7	0,8
MATERIALES CONTACTO CON ALIMENTOS	32	15	4	0,4	0,1
OTROS	49	70	44	1,4	0,9
TOTALES	1.565	6.347	2.832	4,1	1,8

TABLA 5.32. INSPECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS DE VENTA O CONSUMO. AÑO 2005

ACTIVIDAD COMERCIAL	NÚMERO			VISITAS POR ESTABLECIMIENTO	ACTAS POR ESTABLECIMIENTO
	ESTABLEC	VISITAS	ACTAS		
Minorista general	929	1.636	1.306	1,8	1,4
Mercadillos	70	431	101	6,2	1,4
Carnicería-salchichería	391	1.438	1.154	3,7	3,0
Pescaderías	195	837	616	4,3	3,2
Lecherías	2	12	5	6,0	2,5
Panadería	210	287	177	1,4	0,8
Pastelería	173	214	154	1,2	0,9
Bares	1.835	1.544	938	0,8	0,5
Comedores colectivos	1.055	1.536	1.147	1,5	1,1
TOTALES	4.860	7.935	5.598	1,6	1,2

Haciendo análisis de las inspecciones según el sector alimentario, la mayor actividad recae en el sector cárnico con medias anuales de 6,1 de inspecciones por establecimiento, en los productos de la pesca con 5 inspecciones, 9 en platos preparados y 5,3 en conservas vegetales respectivamente, todo ello según la consideración de mayor riesgo a juicio de las autoridades sanitarias

Las siguientes tablas resumen las inspecciones realizadas el año 2005 en actividades alimentarias.

Inspecciones de mataderos

La actividad propia de los procesos de carnización se realiza en los mataderos, que aunque habiendo cesado su actividad durante el año 2005 ocho de los considerados de pequeña capacidad, siguen activos en la actualidad un total de 25 mataderos, manteniéndose estable la producción total de carnes en Navarra. La inspección de mataderos requiere la presencia de veterinarios permanentemente dado que procede el control e inspección de todos los animales y esta acción es imprescindible para el control de zoonosis y epizootias y por lo tanto para la puesta en el mercado de las carnes.

Se han inspeccionado un total de 28.850.853 animales de los cuales 1.187.157 son animales conocidos como "de abasto" y correspondiendo 25.386.271 a aves y 2.284.648 a conejos, según se refleja en la siguiente tabla.

TABLA 5.33. SACRIFICIOS Y DECOMISOS. AÑO 2005

	BOVINO	OVINO/CAPRINO	PORCINO	EQUINO	AVES	CONEJOS
Sacrificados	143.159	518.336	452.606	377	25.386.271	2.284.648
Decomisos totales	136	1.240	1.271	1	254.860	5.979
Decomisos parciales	4.711	58.431	108.486	204	465	8.301

Como consecuencia de estos controles, se han producido 136 decomisos de la canal entera de bovinos, 1240 de ovino/caprino y 1271 de porcino, lo que hace un total de 2.647 canales de animales de abasto que se han retirado del consumo por diversas causas como tuberculosis, caquexia, peritonitis, etc., lo que supone un 0,21% de las presentadas para consumo. De aves y conejos se han decomisado un total de 254.860 aves y 5.979 conejos, lo que hace un 1,00% y un 0,26% respectivamente de los totales. Si se añaden los decomisos parciales, que comprenden espurios y vísceras no aptas para consumo se concluye que se han realizado intervenciones que han evitado la llegada de alimentos no aptos para consumo y se han destruido sanitariamente el total de la carne no apta o parte de ésta evitando así la difusión de zoonosis o epizootias en el 3,30% de los animales bovinos presentados en el matadero para su consumo, en el 11,51% de ovinos/caprinos, el 20,86% de porcinos, en un 54,11% de equinos, en el 1,02% de las aves y en el 0,62% de los conejos.

Festejos taurinos. Los veterinarios pertenecientes a la Sección de Seguridad Alimentaria han prestado sus Servicios en un total de 74 espectáculos taurinos en los que se reconocieron 499 animales de los que se rechazaron para la lidia a 3. Por otra parte, se inspeccionaron para consumo humano 562 reses, de las cuales 388 pertenecían a espectáculos realizados en Navarra y 174 provinieron de la Comunidad autónoma de La Rioja.

Jabalies y sacrificio domiciliario. Se realizó el análisis triquinoscópico a 5.606 jabalies de la caza y a 2.225 cerdos de sacrificio domiciliario, de los que 4.988 jabalies y 1.980 cerdos los analizaron veterinarios colaboradores y 618 jabalies y 245 cerdos fueron investigados por inspectores de salud pública. En el año 2005 se encontraron 5 jabalies con triquina.

5.7.2.3. Control analítico de los alimentos

Además de las inspecciones realizadas en las industrias y establecimientos de elaboración, a lo largo de la cadena alimentaria desde el sector de producción primaria, sector que fundamentalmente controla el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación, hasta el consumo se han realizado una serie de recogidas de muestras con el fin de evaluar si lo que se observa en las visitas de control y funcionamiento luego se ratifica con los resultados analíticos para asegurarnos que el riesgo sanitario es mínimo y en el caso de que se evidencien deficiencias analíticas poner los medios para corregirlas y evitar en lo posible los riesgos al consumidor ofreciéndole alimentos seguros.

En este campo se recogieron un total de 1.207 muestras, distribuidas según la tabla adjunta en las que cabe destacar la diferencia entre sectores, debido a la aplicación de criterios fijados de acuerdo con el riesgo relacionado con cada sector y el volumen de elaboración en nuestra comunidad relacionada con este sector. Así, el sector con mayor incidencia de recogida de muestras ha sido el cárnico, seguido casi por igual por los realizados en leche y lácteos, harinas, hortalizas y derivados y platos precocinados.

El nivel de incidencias analíticas ha sido del 18,20% del total de muestras obtenidas variando del 44,44% de los pescados a cifras mucho menos significativas que llegan al 3,85 o incluso al 0% en otros grupos de alimentos aunque el nivel de recogida de muestras es muy variable.

A pesar de estos resultados que en principio podrían ser alarmantes, pueden ser considerados como normales ya que se trata frecuentemente de incidencias con escasa o nula significación sanitaria y que nos indican que el grado de protección de la población se puede considerar muy aceptable, lo que se traduce prácticamente en la no aparición de brotes de enfermedades debidas a los alimentos.

En la actualidad se está incidiendo en la detección de microorganismos potencialmente causantes de enfermedades emergentes y la investigación de aditivos no autorizados o en condiciones de uso no autorizadas empleados en el ámbito alimentario.

TABLA 5.34. MUESTRAS DE ALIMENTOS ANALIZADOS EN EL PLAN DE CONTROL AÑO 2005

SECTOR	MUESTRAS RECOGIDAS	CON ALGUNA INCIDENCIA	% CON INCIDENCIAS
A Carnes, aves, caza y derivados	477	62	13,0
B Pescados, mariscos y derivados	81	36	44,4
C Huevos y derivados	9	2	22,2
D Leche y productos lácteos	172	25	14,5
E Aceites y grasas comestibles	26	1	3,8
G Harinas y derivados de cereales	110	37	33,6
H Hortalizas y Derivados	136	20	14,7
J Edulcorantes naturales y derivados	1	0	0,0
K Condimentos, especias, salsas y aditivos	38	2	5,3
I Frutas y derivados	7	0	0,0
M Platos cocinados y precocinados	139	34	24,5
N Agua y hielo	6	1	16,7
O Helados y mezcla envasada para congelar	4	1	25,0
P Bebidas no alcohólicas	1	0	0,0
TOTALES	1.207	221	18,3

P.N.I.R. El Plan Nacional de Investigación de Residuos en animales y sus productos corresponde a un plan coordinado de la Unión Europea que trata de evitar que materias primas de origen animal lleguen contaminadas bien por medicamentos utilizados como tales ó como agentes externos para obtener mejor rendimiento en el engorde de los animales o bien por contaminantes ambientales como productos fitosanitarios, y que significan unos riesgos no asumibles por la sociedad.

El Plan se coordina por los Ministerios de Agricultura, Pesca y Alimentación y Sanidad y Consumo, y a nivel de la Comunidad Foral por los Departamentos correspondientes.

En la realización de las analíticas de las muestras recogidas participan de forma coordinada la red de laboratorios de las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, Cantabria La Rioja, País Vasco y naturalmente de Navarra.

El Instituto de Salud Pública tiene asignado la coordinación del desarrollo del PNIR en la Comunidad Foral.

En el marco de este Programa, se recogieron en Navarra un total de 1.545 muestras de alimentos, de los que 153 corresponden al Servicio de Ganadería y 1.382 a los Servicios de el Instituto de Salud Pública. Los Servicios sanitarios de los

Ayuntamientos de Pamplona y Tudela han recogido un total de 7 y 2 muestras respectivamente, por tener poca relevancia en la producción de estos alimentos pues los mataderos son controlados por los Servicios del Gobierno de Navarra

En el PNIR se recogieron muestras por dos clases de motivos, las programadas para control aleatorio que sumaron un total de 1.365 y otras hasta un total de 1545 recogidas por sospecha del inspector veterinario por razones diversas, como en el caso de animales o grupos de animales que se sospecha pueden estar tratados con productos no autorizados o sin respetar el plazo de seguridad, lo que supuso la recogida de un total de 135 muestras.

El plan distingue las sustancias medicamentosas cuya utilización esta prohibida, entre las que se encuentran productos hormonales del ámbito sexual, tireostáticos, beta-agonistas, inhibidores del crecimiento microbiano como cloranfenicol, nitrofuranos, nitroimidazoles ó tranquilizantes como la clorpromacina. En total se recogieron 482 de estas muestras.

Por otra parte el Plan contempla también sustancias permitidas en tratamientos veterinarios por incorrecta aplicación o por realizarse con fines diferentes a los terapéuticos. Por estas razones, se recogieron 1.500 muestras incluidas 121 para determinar contaminantes ambientales, considerando como tales metales pasados (Plomo, Cadmio, Mercurio) y PCB's (bifenilos policlorados).

Del total de muestras de alimentos para determinar productos prohibidos o incorrectamente utilizados se han encontrado 2 muestras positivas concretamente por presencia de nitrofuranos y de las correspondientes a productos autorizadas un total de 5 muestras, de las cuales en 3 de ellas se detecta la presencia de inhibidores de crecimiento bacteriano (doxiciclina y quinolonas) y en 2 de ellas antiinflamatorios (dexametasona).

Las muestras positivas a productos no autorizados o con deficiencias en su uso, se consideran un delito contra la Salud Pública, contemplado en el Código Penal y tiene como consecuencia la intervención judicial además de abrirse el correspondiente expediente administrativo.

Dentro del control de alimentos se han realizado también una serie de controles encaminados a controlar la presencia de tratamientos o contaminantes de productos de origen vegetal ó aquellos de origen animal pero ya puestos en el mercado. En total se recogieron 27 muestras para averiguar presencia de PCB's y compuestos del grupo de las dioxinas. Se procesaron un total de 71 muestras para control de las concentraciones de nitratos en vegetales, de las cuales 3 de ellas sobrepasaban los límites de referencia. Se controlaron un total de 75 muestras de alimentos vegetales para control de plaguicidas encontrándose una positiva en espinacas. En el mismo programa de control, se investigaron cinco alimentos infantiles no encontrándose ningún plaguicida en ellos

Durante el año 2005, a través del PNIR, el Instituto de Salud Pública remitió un total de 65 comunicados al Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI) para seguimiento de animales de ganado de producción procedente de explotaciones ganaderas implicadas previamente en resultados positivos en los análisis iniciales realizados en España, habiéndose tramitado desde la Comunidad Foral un total de 4 alertas en el marco de los controles de sustancias en animales de producción.

Alertas alimentarias. A través del Sistema de Intercambio Rápido de Información, se recibieron un total de 1.829 comunicados, de los cuales 233 correspondieron a alertas alimentarias, se realizaron actuaciones en 15 de ellas, encontrando incidencias en 6 y solamente una industria ubicada en la Comunidad Foral estuvo directamente involucrada, por presencia de *Listeria monocytogenes* en chorizo.

5.7.2.4. Formación de manipuladores de alimentos

Entidades y empresas autorizadas para impartir la formación. Se autorizaron y se inscribieron en el Registro correspondiente durante el año 2005, un total de 9 entidades de formación y 15 empresas alimentarias. El número de ampliaciones de las autorizaciones previas para formación en nuevos sectores han sido de 11. El 31 de diciembre de 2005 había autorizadas en Navarra un total de 42 entidades de formación y 43 empresas alimentarias.

Alumnos aprobados. Durante 2005 se realizaron 726 actividades de formación, aprobando 11.267 alumnos.

5.7.3. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ZONOSIS

5.7.3.1. Control de la población canina

Prevención y control de zoonosis en animales de compañía.

El control de la población canina es la herramienta principal para la lucha contra las zoonosis transmisibles por este tipo de animales. Por ello se mantiene el censo que facilita este control, y se siguen recogiendo los perros perdidos o abandonados.

Censo canino. Es el instrumento auxiliar necesario para poder realizar el resto de acciones encaminadas a la lucha contra las zoonosis transmisibles por parte de estos animales. Al 31 de diciembre había 68.263 perros censados

Recogida y captura de perros. La función principal de esta actividad es controlar las zoonosis transmisibles, si bien este servicio contribuye también a evitar situaciones de riesgo como accidentes, ataques a ganado y peleas con otros perros etc, contribuyendo a la vez a mantener las poblaciones libres de animales abandonados o vagabundos. Gracias a que la legislación que regula la identificación de los perros en Navarra está en vigor desde el año 1992, la conciencia respecto a la obligación de identificarlos se ha ido consolidando y en consecuencia hoy en día es muy elevado el número de propietarios de estos animales que voluntariamente los entregan en centros de acogida. Así en el pasado año se recogieron y/o capturaron 1.801, de los que fueron reclamados por sus propietarios 85, se colocaron en adopción 708 y el resto, a excepción de los que tuvieron muerte natural por las condiciones en que ingresaron, fueron sacrificados después de ser anestesiados.

Prevención de la Hidatidosis. Se realizan acciones de información sanitaria dirigida a los propietarios de los perros y también acciones de tratamiento de los animales.

Control de Hidatidosis. Durante el año 2005 se han realizado 253 autopsias de perros, elegidos de acuerdo a su riesgo, para investigación de presencia de la tenia *Echinococcus Granulosus* en intestino delgado no habiendo encontrado ningún resultado positivo

Información sanitaria y tratamiento antiparasitario de la población canina. Se enviaron 42.624 cartas personalizadas a los propietarios de 49.678 perros de aptitud caza, de pastor y de otras aptitudes que conviven con ellos, en las que junto con pastillas para cuatro tratamientos antiparasitarios se les informaba sobre esta zoonosis. De esta manera fueron expedidas un total de 496.780 pastillas de praziquantel.

Así mismo, en las zonas de mayor incidencia de hidatidosis, personal contratado procede a suministrar directamente las pastillas a los perros pastor de ganado que ascendieron a 1.350, visitándolos cada 45 días y utilizándose para ello un total de 32.400 pastillas.

Rabia. La Comunidad Foral de Navarra continua libre de rabia. Desde 1995 la vacunación de los perros es obligatoria cada dos años, habiéndose vacunado 24.014 perros en el año 2005. El número de animales sometidos a observación sanitaria por mordedura fue de 188. Se enviaron 80 cartas a propietarios de perros por abandono y se propuso la incoación de 153 expedientes sancionadores.

TABLA 5.35. DATOS DE ACTIVIDAD DE RECOGIDA Y CAPTURA DE PERROS. 2000 - 2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Perros recogidos y/o capturados	2.441	2.343	1.855	1.638	1.748	1.801
Perros reclamados	128	146	106	97	102	85
Perros colocados	476	558	542	487	581	708
Perros sacrificados	1.623	1.614	1.190	976	905	870
Muerte natural y desaparecidos				77	160	163

5.7.3.2 Reuniones de coordinación con las comunidades autónomas y la administración central

Se asistió a un total de 11 reuniones en la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAs), para tratar diferentes temas relacionados con la seguridad alimentaria (nuevos reglamentos y su aplicación, PNIR, contaminantes, criterios microbiológicos, registro de Industrias etc.)

Así mismo, se mantuvieron dos reuniones conjuntas con las autonomías de Aragón, Asturias, Cantabria, La Rioja y País Vasco con el fin de coordinar las actuaciones del PNIR.

5.8. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

5.8.1. PROBLEMAS DE SALUD

5.8.1.1. PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DE SIDA E INFECCIÓN POR VIH

Introducción

La evolución de los indicadores epidemiológicos de infección por VIH en Navarra en los últimos años muestran una tendencia al freno de la incidencia de nuevos casos de infecciones junto con el aumento de la prevalencia de infección debido a la mayor expectativa de vida de personas seropositivas.

Esta evolución es debida a la contribución al control de la epidemia que se ha realizado desde actuaciones como la incorporación de nuevos fármacos a las baterías terapéuticas, los programas de reducción de riesgos en sectores específicos y las campañas de información, y prevención entre las que el componente comunitario ha sido notable.

Como propuesta global para desarrollar el trabajo en el área de prevención y tratamiento, la OMS propone establecer programas integrados y sensibles a las diferencias culturales. (Salud 21. OMS. 1999).

El Ministerio de Sanidad en el Plan Multisectorial 2001-2005 comenta que la magnitud de la prevalencia en España significa un mayor riesgo de transmisión y nuevos retos con respecto a la incorporación sociolaboral especialmente de las personas más vulnerables. Al mismo tiempo define la necesidad de profundizar en la acción multisectorial para impulsar bajo la responsabilidad de la Administración Sanitaria un conjunto de medidas que afectan a los ámbitos educativo, de servicios sociales, instituciones penitenciarias, drogodependencias, y asociaciones ciudadanas.

En este contexto el Programa de SIDA, pretende delimitar su espacio como ente mediador de agentes sociales, sanitarios y comunitarios, a la vez que promueve determinadas iniciativas en el desarrollo de actividades de sensibilización, información, prevención, asistencia, y atención o incorporación social de personas afectadas por el problema.

Se plantea la necesidad de mantener la coherencia con actuaciones emprendidas en el pasado inmediato en relación con espacios de prevención específica y el trabajo coordinado con algunas instituciones y entre estas acciones se sitúan las relacionadas temáticamente con la reducción de riesgos, (formación en inyección de menor riesgo y sexo más seguro, mejora e implementación de programas de intercambio de jeringuillas), y organizativamente con el Centro Penitenciario de Pamplona, Colegio Oficial de Farmacéuticos, y Plan Foral de Drogodependencias, por citar algunos ejemplos.

Dado que el Plan de Salud de Navarra 2001-2005 consideraba satisfactorio el funcionamiento de los programas de prevención en marcha, el conjunto de actividades propuestas ha mantenido continuidad y coherencia con lo anteriormente realizado.

De acuerdo a la estructura de objetivos planteados para 2005 se presentan a continuación los principales resultados:

1. Coordinar y apoyar la puesta en marcha de intervenciones de prevención en ámbitos específicos

- *Apoyar las actividades de prevención de infección por VIH en jóvenes desarrolladas a través de organismos juveniles en relación con CAM/COFES.*

Actividades:

- Se han subvencionado las actividades de mantenimiento del Programa "Con mucho gusto-Gozamenez", garantizando la aportación del personal necesario para la coordinación de dicho proyecto. En las diferentes acciones de dicho Programa han intervenido más de cuatro mil jóvenes.
- Se han llevado a cabo diversas acciones de coordinación y apoyo en relación con el desarrollo del mismo con asociaciones implicadas en su puesta en marcha: reuniones, derivaciones, apoyo técnico, etc.
- *Promover actuaciones específicas de prevención dirigidas a la población en riesgo social asociado al consumo de drogas.* Se llevaron a cabo dos acciones de formación a personas en riesgo de infección por VIH centrados en nuevas áreas de contenidos como la alimentación, la utilización de recursos sociales y sanitarios, y las interacciones de medicamentos y sustancias. Estos contenidos fueron decididos en la fase de preparación y para la impartición se contó con profesionales de salud mental, trabajo social y educación social, con resultados satisfactorios para las personas asistentes.

Actividades:

- N° de talleres impartidos: 2.
- N° de talleres subvencionados: 2.

- Nº de reuniones de preparación y coordinación realizadas: 4.
- Grado de cumplimiento de objetivos de los talleres. No se cumplieron las previsiones de otros dos talleres por dificultades de la persona que los coordinaba desde una ONG.
- *Favorecer el proceso propio de los ámbitos educativos orientado a integrar la prevención del VIH en el currículo escolar (elaboración de materiales, actuaciones específicas dirigidas a profesorado, etc.).* A través de la colaboración conjunta con personal técnico del Departamento de Educación y otras instancias, y mediante la financiación a ONG para acercar el trabajo de prevención al espacio educativo se plantea en la línea de trabajo común a la Sección de impulso de trabajo de REEPS.

Actividades:

- Se enviaron diferentes materiales solicitados a demanda desde cinco centros educativos previa conversación con quienes realizaban funciones de orientación en los mismos.
- *Promover en diferentes ámbitos la realización de la prueba para detección precoz de VIH en personas que han tenido alguna práctica de riesgo.*

Actividades:

- Se promovió la realización de la prueba a través de la información escrita y oral difundida desde el programa en folletos, información telefónica y medios de comunicación.
- En total se realizaron 10.733 pruebas en laboratorios no hospitalarios, con un nº de 28 casos seropositivos (2,61 ‰).
- *Promover diversos actos de sensibilización ciudadana ante la infección y ante las diversas manifestaciones de la enfermedad y las personas enfermas (Día Mundial, otras iniciativas ciudadanas, etc.).*

Actividades:

- Para la preparación de las actividades a realizar el Día Mundial de SIDA se creó un grupo de trabajo que diseñó las actuaciones a realizar y mantuvo un total de cinco reuniones de trabajo.
- Se colaboró en la divulgación de materiales específicos editados para el Día Mundial de SIDA, que supuso la distribución de 5000 folletos a Centros de Salud, Centros de Atención a la Mujer, y otros centros sociales y sanitarios.
- Con motivo del Día Mundial de SIDA se realizó una campaña institucional que incluyó la inserción de anuncios en diversos medios de comunicación, una rueda de prensa y posterior participación en diferentes medios de comunicación y escrita, y asimismo la realización de una Mesa Redonda en la que se contó con la participación de personas de un centro internacional, de la red de la pobreza de Navarra, y de diversas asociaciones representativas del trabajo relacionado con SIDA en Navarra.

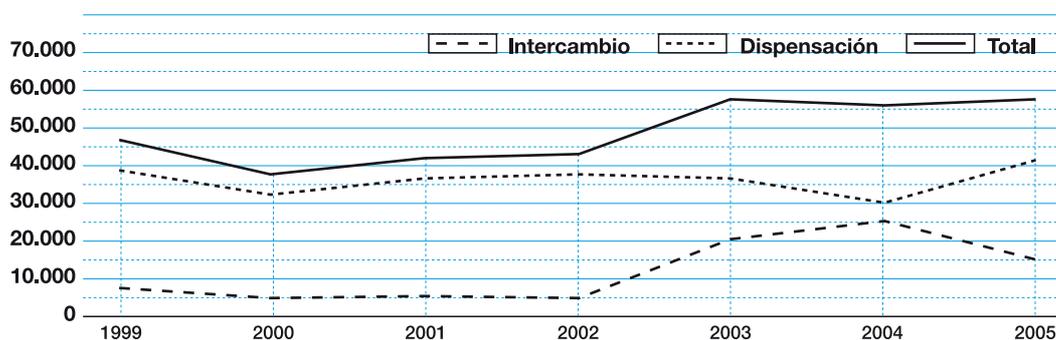
2. Mantener el suministro de materiales para la prevención

- *Mantener la distribución de kits sanitarios antisida en colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de Navarra, y la Comisión Ciudadana Antisida de Navarra,* incluido el Programa de Intercambio de Jeringuillas en Oficinas de Farmacia.

Actividades:

- El número total de kits distribuidos a través de los dispositivos de suministro e intercambio ha sido de 57.491 unidades frente a las 56.126 de 2004.
- Nº de kits sanitarios distribuidos a través de Oficinas de Farmacia mediante dispensación y mediante intercambio. El total de kits dispensados ha sido de 41.861 unidades, un 22% superior al año precedente.
- Nº de kits intercambiados en PIJ Comisión Ciudadana. Se han intercambiado un total de 5782 kits en el Programa de la CCASN, con una disminución de un 1% con respecto a 2004.
- Nº de Oficinas de Farmacia que colaboran en el P.I.J. y porcentaje sobre el total. El número de farmacias que colaboran en el PIJ es de 90, y el número total de intercambios es de 8089 con un importante descenso, que queda compensado con el incremento de kits vendidos. Como hipótesis a tener en cuenta, está el cierre de una farmacia que concentraba el 30% de intercambios, sin que en la zona existan otras farmacias que realizan intercambio.
- Otros componentes de reducción de riesgos incorporados a los kits. Se ha incorporado la distribución de ácido cítrico a los PIJ realizados en Prisión y Comisión Ciudadana.
- Incorporación de sistema de recogida de residuos sanitarios a PIJ. Todos los puntos de intercambio disponen de sistemas de recogida y eliminación de residuos generados, que realiza una empresa homologada, y que se financia desde el Programa.

Gráfico 5.10. Evolución Kit sanitario Antisida 1999/2005



- Mantener la oferta de facilitar preservativos a colectivos, y asociaciones, para facilitar la prevención en ámbitos y/o circunstancias específicas (fiestas, festivales, locales de ocio, etc.).

Actividades:

- Nº de preservativos distribuidos en espacios apropiados para la prevención. Se distribuyeron un total de 180.411 preservativos en diferentes espacios relacionados con la prevención a través de diferentes vías de distribución.

3. Mantener actuaciones de intercambio de jeringuillas en la Prisión de Pamplona

- Apoyar el seguimiento del PIJ en la Prisión Provincial de Pamplona. El Programa de Intercambio de Jeringuillas en la Prisión de Pamplona se inició en noviembre de 1998, y el Programa colabora en los aspectos logísticos, informativos y evaluativos del mismo.

Actividades:

- Nº de kits intercambiados en el Centro Penitenciario de Pamplona. 1.759 unidades, un 18% más que el año 2004.
- La tasa de retorno de jeringuillas es superior al 90%, lo que indica una buena recuperación del material, superior a años anteriores y al porcentaje logrado en otros centros penitenciarios.
- Actuación en relación con Prisión Promotora de Salud. Se ha realizado un contacto que queda pendiente de valorar la viabilidad en las coordenadas de la nueva Prisión que está en Proyecto para definir las bases del mismo.

4. Continuar apoyando la formación continuada y la investigación del personal socio-sanitario

- Facilitar en la medida de lo posible el acceso de profesionales de Salud, Bienestar Social, y Organizaciones No Gubernamentales a sesiones y/o cursos de reciclaje.

Actividades:

- Se ha difundido documentación sobre protocolos de atención clínica editados desde la Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA a profesionales de la red sanitaria de Navarra sobre los criterios de consenso en cinco áreas de trabajo asistencial preventivo y de tratamiento.
- Nº de profesionales a quienes se facilita el acceso a formación desde el Programa. Se ha financiado la formación de veintitrés personas de ONG, que han acudido a diferentes cursos, congresos o seminarios de formación a cargo de las subvenciones recibidas desde el programa SIDA.
- Mantener la colaboración en el estudio promovido desde el Plan Nacional sobre SIDA que se realiza en Navarra sobre Consumo de Recursos Hospitalarios.

Actividades:

- La continuación del estudio sobre recursos ha requerido por diferentes circunstancias y razones técnicas, un cambio en las fechas de realización del estudio, lo que ha llevado a que no se recojan datos correspondientes a 2005, y modificar la fecha prevista hasta el mes de mayo. Está prevista la continuidad en la coordinación de dicho estudio.

5. Mantener y desarrollar intervención social en relación con la vivienda y otros temas sociales

- Mantenimiento de Convenio para el Hogar Zoe, en colaboración con el Instituto Navarro de Bienestar Social. Mantener el Convenio a realizar desde ambas Instituciones para el mantenimiento del Hogar Zoe, así como el seguimiento de las personas residentes y ajustar los objetivos de actuación.

Actividades:

- El total de plazas instaladas es de 11 y la ocupación ha sido del 100%, y superior en momentos puntuales de presión de demanda, y personas residentes hospitalizadas puntualmente.
- Financiación propia y por I.N.B.Social de Hogar Zoe. Se ha incrementado la subvención al Hogar Zoe hasta 98.000 euros para garantizar la viabilidad financiera del mismo cuya situación presupuestaria es bastante precaria. Se han realizado gestiones con B. Social para estudiar la definición como recurso que garantice su viabilidad acorde con los criterios definidos desde este Departamento.
- Se han valorado las solicitudes de ingreso (11), y la ocupación durante la totalidad del año ha sido del 100%, superando incluso en momentos puntuales este nivel con la habilitación provisional de una cama suplementaria para un caso que se consideró de urgencia social.
- Se ha iniciado la realización de un protocolo de estudio sobre las características y necesidades de las personas usuarias de este recurso, de cara a definir de forma más precisa la dotación futura y los requisitos necesarios para su funcionamiento futuro.
- *Se tramitaron desde el Programa 15 tarjetas de campaña sanitaria para adquisición de medicamentos a precio reducido*

6. Mantener la colaboración con los grupos de participación social y comisiones técnicas

- *Apoyar el seguimiento del PIJ en Prisión.*

Actividades:

- Se suministran desde el Instituto de Salud Pública todos los materiales fungibles necesarios para el desarrollo del PIJ en Prisión, y se asume la contratación del equipo que lo lleva a cabo en colaboración con el Servicio Médico. Durante el presente año se ha incorporado al PIJ, el suministro de sobres de ácido cítrico en el marco de la línea de reducción de riesgos. Se facilitan igualmente desde el ISP los preservativos distribuidos en los kits higiénicos del Centro Penitenciario.
- *Promover el funcionamiento de la Comisión Asesora Técnica sobre sida.*

Actividades:

- Se han tenido un total de cuatro reuniones de la comisión permanente de la CAT donde se han analizado las diferentes situaciones a resolver así como los posibles mecanismos de solución, que han sido llevado a cabo por el Programa: mejoras de asistencia, informes para acceso a prestaciones para personas seropositivas con necesidades concretas como cirugía de lipodistrofia o técnicas de reproducción asistida.
- Se han llevado a cabo gestiones encaminadas a facilitar soluciones a los problemas detectados: reuniones con coordinación de asistencia especializada, informes, escritos, etc.
- Se ha trasladado a las reuniones del Plan Nacional de SIDA la inquietud por la falta de acuerdo en relación con la incorporación de soluciones asistenciales (lavado de semen y cirugía de lipodistrofia) a la Cartera de Servicios o Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
- *Coordinar la participación en las comisiones de seguimiento de convenios con ONGs y funcionamiento del Hogar Zoe.* En el seguimiento del Hogar Zoe se plantea la coordinación de manera estable con el Instituto Navarro de Bienestar Social mediante una comisión creada al efecto, e idéntica situación se prevé en las relaciones con ONGs.

Actividades:

- Desde la línea de subvenciones se distribuyeron 339.208 euros a asociaciones e instituciones que trabajan en líneas consideradas como prioritarias para actuar en relación con la infección por VIH en nuestro medio. Se subvencionó a un total de 7 entidades que solicitaron ayudas, y las áreas de intervención subvencionadas incluyeron prevención en entornos específicos, sensibilización, funcionamiento comunitario, formación, apoyo mutuo, y coordinación.
- Reuniones de seguimiento de Convenios con ONG realizadas. Se han mantenido un total de 12 reuniones con ONG relacionadas con el funcionamiento, con las subvenciones a sus programas de trabajo, con el desarrollo de nuevas iniciativas, entre las cuales cabe citar la realización de una jornada de presentación de Médicos del Mundo, en la que se participó desde el Programa con una ponencia.
- Además ha habido cinco reuniones con el hogar Zoe relacionadas con la gestión de casos y numerosas gestiones telefónicas con dicho centro así como con servicios e instituciones que remiten propuestas de ingreso.

- *Participar en las comisiones que correspondan a nuestra Comunidad en relación con el Plan Nacional de SIDA y Plan Nacional de Drogas.* Se asiste a diversas reuniones técnicas, de coordinación de Planes Autonómicos, y de presentación de propuestas y líneas de trabajo.

Actividades:

- Asistencia a reuniones de trabajo convocadas. Se ha asistido a tres reuniones en Madrid relacionadas con la Secretaría del Plan Nacional de SIDA, elaborándose para las mismas los informes correspondientes a Navarra en relación con el Cuestionario de Actividades Preventivas, y la Memoria para la Comisión Nacional sobre SIDA.

7. Mantener actualizada la información y vigilancia epidemiológica sobre la infección y la enfermedad, y sobre las demandas de información

El sistema de información sobre infección por VIH y sobre sida, se realiza desde la Sección de Vigilancia Epidemiológica. Desde el Programa se colabora en las reuniones y propuestas conjuntas de actuación que afectan al conjunto de Comunidades Autónomas para la conseguir la implantación de un sistema estatal de información sobre infección por VIH que debe consolidarse progresivamente.

Este tema requirió algunas participaciones desde el Programa en espacios como M.C.S., (ocho, en su mayoría cerca del Día Mundial de SIDA), reuniones específicas sobre el tema y sus implicaciones con ONG, etc.

Se han difundido las referencias telefónicas y la dirección electrónica infosida@cfnavarra.es de información abierta hacia el público que se atienden desde el Programa. El correo electrónico es un medio escasamente utilizado, aunque su divulgación ha sido escasa, pero el teléfono se ha difundido a través de publicaciones del Gobierno de Navarra, el Plan Nacional de Sida, y algunas asociaciones y se detecta un ligero incremento de demandas de información telefónica con medias entre 5 y 7 semanales para un total de 310 en el año.

Asesoría técnica

Dirigida a Servicios Sociales, Centros de Salud, Centros de Salud Mental, Organizaciones no Gubernamentales, Casa de Acogida, Hospitales. Se han realizado un total aproximado de 300. Este tipo de asesoría incluye tanto la vertiente individual (casos) como la asesoría en el diseño y realización de intervenciones grupales y comunitarias.

Participación en actividades docentes y de investigación

Colaboración en revisión y evaluación de trabajos de investigación presentados a la Convocatoria anual de FIPSE (Fundación para la Investigación y la Prevención del SIDA en España).

Colaboración en el grupo de trabajo conjunto entre el Instituto de la Mujer y el Plan Nacional sobre SIDA para elaborar un Protocolo de prevención de VIH en atención primaria con enfoque de género publicado por MSC y MTAS.

Colaboración en la coordinación del estudio sobre consumo de recursos hospitalarios impulsado por el Plan Nacional sobre SIDA.

5.8.1.2. PREVENCIÓN ACCIDENTES DE TRÁFICO

El trabajo en Prevención de accidentes de tráfico se ha venido enmarcando en el Plan de Salud de Navarra 2001-2005 que entre sus objetivos plantea "disminuir la incidencia de accidentes de tráfico en los grupos de especial riesgo" y en las estrategias de promoción de la salud y la seguridad.

En el año 2005 y en el marco de la convocatoria de subvenciones a instituciones y programas de salud, del Departamento de Salud, desde la línea de Programas de prevención y promoción de salud se informaron y financiaron tres proyectos sobre conductas responsables en la conducción y/o prevención de accidentes de tráfico.

5.8.1.3. PROCESOS CRÓNICOS

La patología crónica mantiene una alta incidencia, prevalencia y mortalidad en nuestra comunidad con importante carga en mortalidad prematura, APVP (años potenciales de vida perdidos), minusvalía y sufrimiento y con intervenciones de probada eficacia y efectividad. Además son enfermedades que producen cargas familiares y sociales y gran impacto social.

Incluye distintos procesos cada uno de los cuales muestra una amplia variabilidad de presentación. Se ha dado prioridad a las enfermedades seleccionadas como Áreas Prioritarias en el Plan de Salud de Navarra 2001-2005:

- Enfermedades Cardio – Cerebrovasculares. Diabetes
- Enfermedades Oncológicas.

- Enfermedades Neurodegenerativas.
- Salud Mental.

Desde la Promoción de Salud se pone el acento en la prevención de estas enfermedades y en su atención, en los aspectos educativos. Se desarrollan tres líneas de trabajo:

Trabajo específico de prevención y promoción de salud sobre estilos de vida fundamentalmente en la estrategia poblacional para la modificación de estilos de vida que actúan sobre los principales factores de riesgo modificables y también en la estrategia individual de detección precoz de factores de riesgo.

Integración de la promoción de estilos de vida sanos en el Área de Transiciones vitales y salud. Se trabajan los estilos de vida a lo largo del recorrido de la vida. Además, este tipo de trabajo es importante por su repercusión en la prevención y promoción de la salud mental, al menos en dos sentidos:

Potenciación del desarrollo personal y de las capacidades cognitivas en todas las etapas, éstas últimas también específicamente en el envejecimiento.

Prevención de trastornos mentales y promoción de la salud mental. La OMS en el documento Salud 21 (Salud para todos en el siglo XXI), identifica el afrontamiento y resolución positiva de las crisis psicosociales y transiciones vitales como una de las estrategias para promover la salud mental y prevenir trastornos mentales.

Información y educación sanitaria de la población con los procesos crónicos priorizados que contiene un componente diagnóstico - terapéutico educativo importante.

La Educación para la Salud constituye una herramienta fundamental en la atención y hace parte del tratamiento. Tras el diagnóstico de una enfermedad crónica las personas presentan siempre necesidades educativas que aún siendo variables y de distinto tipo, generalmente se suelen centrar en torno a: 1) la elaboración del diagnóstico y la aceptación de la enfermedad y 2) los autocuidados y el control de la enfermedad.

Durante el año 2005 se realizaron las siguientes actividades:

- Distribución de los trípticos dirigidos a población general *Riesgo Cardiovascular, Alimentación, Ejercicio Físico, Estrés Dejar de Fumar* y del desplegable para profesionales *Estilos de Vida, Guía educativa breve* en las Sesiones de formación sobre Consejo realizadas en centros de salud (ver apartado Estilos de Vida).
- Distribución a iniciativa propia del mismo material
- Reedición de los folletos: *La Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC)* (2000 ejemplares) y *La Diabetes*. (2000 ejemplares)
- En el apoyo a profesionales para el trabajo educativo con crónicos se atendió las demandas de profesionales, que con mayor frecuencia fueron de centros de salud y de materiales, más frecuentemente de los folletos "La diabetes" (410 ejemplares) y "La Enfermedad Obstructiva Crónica" (268 ejemplares).
- Por otra parte, se apoyó el trabajo de educación para la salud de la Clínica de Rehabilitación de Salud Mental.

5.8.2. TRANSICIONES VITALES. GRUPOS DE ESPECIAL RIESGO Y VULNERABILIDAD

5.8.2.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Garantizar un comienzo sano de la vida y promover el desarrollo de recursos y capacidades sociales y sanitarias en la edad preescolar y escolar constituye un planteamiento básico de la Promoción de la salud y hace parte de los objetivos de Salud para todos en el siglo XXI (Salud 21, OMS, 1999).

Asimismo, desde el punto de vista de la prevención y promoción de la salud, es de gran importancia la preadolescencia, adolescencia y juventud.

La creación de un entorno que permita a los niños y las niñas desarrollar su potencial físico emocional y social constituye una inversión en efectos sanitarios a largo plazo (Salud 21, OMS, 1999).

La información y educación de las familias tiene una influencia decisiva en los estilos de vida, la salud y el bienestar de la infancia, la preadolescencia y la adolescencia. La formación de los padres y las madres debería formar parte de los servicios de salud (Salud 21, OMS, 1999).

En estas áreas, las estrategias que se vienen desarrollando desde la Sección son:

- Trabajo con familias, incluyendo estrategias de promoción y apoyo a los futuros padres y madres durante el embarazo, parto y postparto.
- Promoción de centros educativos saludables. Trabajo con el Departamento de Educación y con los centros educativos: Escuelas Promotoras de Salud. Trabajo con la UPNA: Universidad saludable.
- Promover la Salud de la Infancia. Integración de la Educación para la salud en la atención a la salud de la infancia, la adolescencia y la juventud.

Durante el 2005 se ha apoyado el trabajo de educación para la salud con familias desde los centros de salud y otros servicios y entidades sociales, incluida:

- La reedición de 300 ejemplares del material para profesionales *Ayudar a crecer. Guía educativa para trabajar con grupos de padres y madres*.
- La realización del curso de Educación para la Salud grupal, aplicado al trabajo con familiares *Ganar salud en la infancia y adolescencia* al que asistieron 25 profesionales de centros de salud, servicios sociales, salud mental, departamentos de orientación y asociaciones que trabajan este tema y que se realizó los días 29 y 30 de septiembre en el Aula del Instituto de Salud Pública en Pamplona, con 14 horas de duración, y una evaluación muy positiva.

También durante este año y en el marco de los acuerdos con el Departamento de Educación para el desarrollo de la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud se han realizado las siguientes actividades:

Participación en las estructuras de coordinación y colaboración Departamento de Salud-Departamento de Educación:

- Reuniones con la coordinadora docente de temas transversales: Bases comunes de trabajo, REEPS - Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, evaluación y canalización de demandas, etc.
- Contactos con centros de salud y otros servicios que trabajan con centros escolares, etc.
- Participación en la Comisión de Coordinación Autonómica y en el Grupo técnico de seguimiento, centradas en la convocatoria de integración en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud para los centros de enseñanza no universitaria (Resolución 701/2002 de 12 de septiembre, Resolución 178/2003 de 14 de marzo, Resolución 391/2004 de 18 de mayo, Resolución 22/2005 de 25 de enero), en la revisión y selección de proyectos presentados, en la definición de estrategias de apoyo, etc.
- Apoyo a los centros integrados en la REEPS: 5 incorporados en el 2002 (3 de Educación Infantil y Primaria, 1 de Educación Secundaria y 1 de Formación profesional), 4 integrados en el 2003 (los 4 de Educación Secundaria), 2 incorporados en el 2004 (1 de Educación Infantil y Primaria, 1 de Educación Infantil, Primaria y Secundaria) y 6 adheridos en el 2005 (3 de Educación Infantil y Primaria, 2 de Educación Secundaria y 1 de Especial).

En la actualidad son 17 los centros escolares de la REEPS:

CP Jose Luis Arrese, <i>Corella</i>	BHI Lekaroz-Elizondo, <i>Lekaroz</i>	IES Basoko, <i>Pamplona</i>
CP Príncipe de Viana, <i>Olite</i>	IES Iturrama, <i>Pamplona/Iruña</i>	IK San Fermín, <i>Zizur</i>
Colegio Sta. M ^a La Real, <i>Pamplona</i>	IES Navarro Villoslada, <i>Pamplona</i>	IES "San Francisco Javier", <i>Mendavia</i>
CFP M ^a Inmaculada, <i>Pamplona</i>	Colegio St. Tomás, <i>Pamplona</i>	CPEIP "Virgen de la Cerca", <i>Andosilla</i>
IES Eunáte, <i>Pamplona/Iruña</i>	Amaiur Ikastola, <i>Pamplona/Iruña</i>	El Molino, <i>Pamplona</i>
IESO Joaquín Romero, <i>Mendavia</i>	CPEIP "A. Martínez Baigorri", <i>Lodosa</i>	

Constituyen un pequeño y variado núcleo de centros que acumulan un conjunto de buenas prácticas en un amplio abanico de temas: la alimentación y el consumo, aprender a convivir, educación para prevenir problemas con las drogas, entorno saludable, salud y desarrollo personal, en busca de un estilo de vida sano.

Son centros que se esfuerzan en mejorar la salud del alumnado, profesorado y personal del centro y ponen empeño en desarrollar su capacidad como lugares saludables para vivir, aprender y trabajar.

A lo largo del año, trabajo común con técnicos de la Universidad Pública de Navarra (UPNA) para el desarrollo de actividades de promoción de salud en la Universidad y preparación de un Acuerdo Universidad Pública de Navarra UPNA - Sección de Promoción de Salud sobre la UPNA como universidad promotora de salud. El Acuerdo se firmó al inicio del 2005 entre la Consejera de Salud y el Rector de la UPNA. También se elaboró el Borrador del Plan de Universidad saludable, así como el Programa del curso 2005-2006, cuyas actividades han comenzado a realizarse. Así mismo se ha iniciado un estudio sobre "Salud, Bienestar y calidad de vida de la comunidad universitaria", que incluye al alumnado, personal docente e investigador (PDI) así como personal de administración y servicios (PAS).

Apoyo a demanda de profesionales sociosanitarios, centros escolares y grupos de la comunidad para la realización de actividades y proyectos de promoción y educación para la salud en la infancia.

5.8.2.1.1. DETECCIÓN PRECOZ DE METABOLOPATIAS CONGÉNITAS

En el año 1987 y dentro del Plan Provincial de Prevención de la Subnormalidad, se establece el Programa de Detección de Metabolopatías Congénitas. La Orden Foral de 14 de septiembre de 1988 establece el Programa de Prevención de Minusvalías Psíquicas, de aplicación en toda la Comunidad Foral, dentro del cual queda incorporado el Subprograma de Detección de Metabolopatías Congénitas. Por otra parte, el Decreto Foral 521/1995 de 13 de noviembre, por el que se modifica la estructura orgánica del Departamento de Salud, establece en el Art. 10 como funciones de la sección de Detección Precoz el "desarrollo y ejecución de los programas de prevención del cáncer de mama y metabolopatías de la Comunidad Foral".

El programa tiene como objetivo la detección precoz del hipotiroidismo y de la fenilcetonuria, así como la instauración precoz de tratamiento de los casos diagnosticados. La prueba diagnóstica consiste en la extracción de una muestra de sangre mediante punción en el talón en el 3º día de vida, para la detección de TSH y fenilalanina.

Debido al traspaso de datos realizado durante el mes de abril de este año desde la base de datos del Programa a la Historia Clínica Informatizada del Servicio Navarro de Salud no ha sido posible obtener el porcentaje de niños a los que se les ha realizado la prueba.

Durante este año y a partir de la actividad desarrollada en el programa no se ha confirmado ningún caso de fenilcetonuria y sí dos casos de hipotiroidismo congénito.

5.8.2.1.2. DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIAS EN EL RECIÉN NACIDOS

El Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Neonatal se puso en marcha el 3 de mayo de 1999, obedeciendo a la Orden Foral 170/1998 de 16 de noviembre, del Consejero de Salud. La implantación del mismo se inició en el Hospital Virgen del Camino, centro que recoge el 70% de los nacimientos en Navarra. Durante el año 2000 se completó la implantación del Programa en el resto de hospitales del territorio foral, tanto públicos como privados-concertados.

La estrategia adoptada para la detección neonatal de hipoacusia es la de realizar un programa de screening en fases, combinando dos técnicas: otoemisiones acústicas (OEA) y potenciales evocados auditivos (PEA). De esta forma, se pretende detectar todas las hipoacusias congénitas para el tercer mes de vida, a fin de realizar una intervención terapéutica precoz, facilitando un desarrollo normal del niño.

El programa está dirigido a todos los recién nacidos residentes en la Comunidad Foral, hayan nacido en ella o no. La captación de los niños se hace de forma activa por parte del personal del programa.

A efectos de esta memoria, se consideran los niños nacidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2005 (No se incluye la información correspondiente a los nacidos en la Clínica Universitaria de Navarra).

ACTIVIDADES EN EL AÑO 2005

1. Actividades generales

Como más significativas se señalan:

- Reuniones de coordinación de la sección.
- Reuniones mensuales de seguimiento de los niños con hipoacusia detectada en el Programa con los profesionales de la Unidad de Otorrinolaringología Infantil del HVC, del Centro Base de Minusvalías del Instituto Navarro de Bienestar Social y de la Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz del ISP.

- Reuniones bimensuales de seguimiento de los niños con hipoacusia detectada en el Programa con los profesionales de la Unidad de Otorrinolaringología Infantil del HVC, del Centro Base de Minusvalías del Instituto Navarro de Bienestar Social, de la Sección de Actividades Médico-Preventivas y Detección Precoz del ISP, del CREENA del Departamento de Educación y del Servicio de ORL de la Clínica Universitaria.
- Fomento de la participación:
 - Contacto permanente con los responsables de pediatría de las Áreas de Estella y Tudela y los pediatras de las zonas básicas cuyas mujeres, tradicionalmente, van a dar a luz a Guipúzcoa.
 - Contacto con personal responsable del registro de metabolopatías del Hospital Nuestra Señora de Aránzazu (San Sebastián), que nos facilita una relación de los niños navarros nacidos en dicho Centro.
- Colaboración con diversas Comunidades Autónomas.
- Formación de personal propio y de otras Comunidades en la realización de otoemisiones acústicas.
- Colaboración con la Asociación de Padres de Niños Sordos "Eunate", que cuenta con un servicio de apoyo psicológico para los padres de niños hipoacúsicos.
- Presentación de 4 comunicaciones en el 56 Congreso de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervico Facial. XI Congreso Hispano-Luso de ORL Madrid, 12-15 de noviembre de 2005:
 - Programa de Detección Precoz de la Sordera de Navarra. Datos 1999-2005.
 - Detección precoz de la Sordera y factores de riesgo.
 - Evaluación del Programa Universal de Detección precoz de la Hipoacusia infantil en Navarra.
 - Evolución de las sorderas detectadas en el Programa de Detección precoz de la sordera de Navarra. 1999-2005.

2. Actividades en fase de detección, confirmación diagnóstica y tratamiento

Durante el año se han realizado 6199 Otoemisiones Acústicas y 52 Potenciales Evocados Auditivos en niños nacidos en el año. (tabla 5.36). 15 niños nacidos en este año han sido enviados para estimulación precoz auditiva al Centro Base de Minusvalías del Instituto Navarro de Bienestar Social. En el año 2005 se han adaptado 14 audioprótesis y se han realizado 2 implantes cocleares.

TABLA 5.36. ACTIVIDADES EN FASE DE DETECCIÓN Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA. 2005.

	ACTIVIDAD
Nº de niños a los que se ofrece la 1ª OEA	5.841
Total de OEA realizadas*	6.199
1ª OEA	5.818
2ª OEA	294
3ª OEA	87
Total de PEA diagnósticos *	52
Nº de niños enviados a estimulación precoz auditiva*	15
Nº de audioprótesis adaptadas**	14
Nº de implantes cocleares**	2

* en niños nacidos en el año.

** realizados en el año.

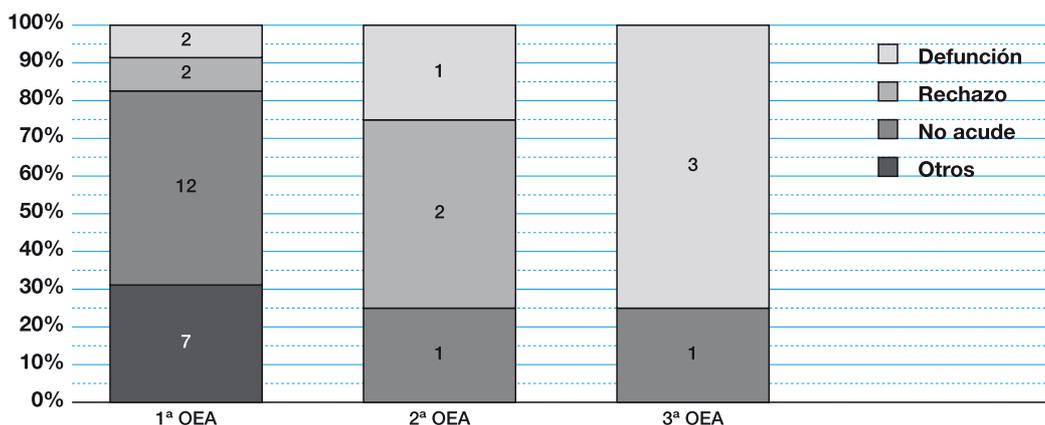
RESULTADOS

Participación: La participación en la realización de la primera OEA en los nacidos en 2005 fue de 99,60%. La participación en segunda y tercera OEA fue, respectivamente, de 98,65% y 95,6%.

Las causas de pérdidas de niños se describen en el gráfico 5.11.

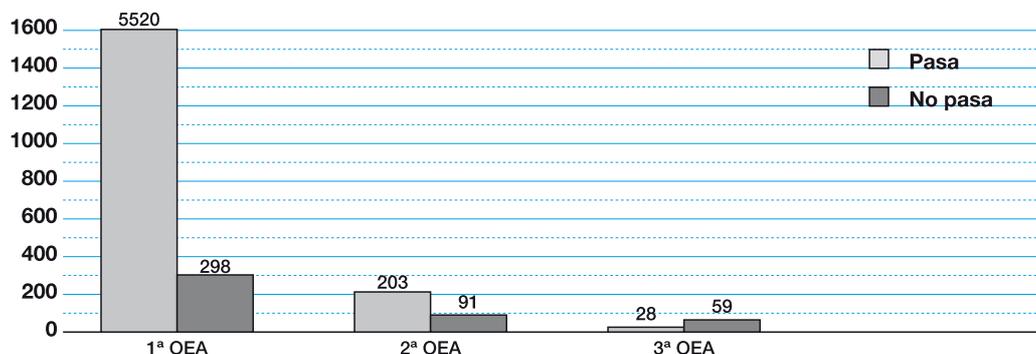
A este respecto cabe reseñar que los niños nacidos en diciembre de 2004 no tienen realizado el proceso completo, por lo que en el apartado "otros" están incluidos 7 niños a los que todavía se debe realizar la tercera OEA.

Gráfico 5.11. Otoemisiones acústicas (OEA) y causas de no realización. año 2005



Resultados del proceso de screening: La primera OEA ha permitido descartar hipoacusia en el 95% de los recién nacidos (gráfico 5.12). Al 5% ha sido necesario repetir una segunda y, al 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 (PEA).

Gráfico 5.12. Resultados del Test de Screening 2005 (Otoemisiones acústicas, OEA)



Resultados del diagnóstico (PEA): De los 52 PEA diagnósticos realizados, el 62% ha sido patológico. De las 32 hipoacusias detectadas durante el año 2005, el 78,1% corresponde a hipoacusias moderadas (umbrales auditivos entre 40 y 69 decibelios), siendo las graves-profundas (umbrales auditivos iguales o superiores a 70 decibelios) el 21,9 restante. (Gráfico 5.13).

En cuanto a la existencia de hipoacusia en uno o en los dos oídos, la distribución es la siguiente: 56,25% corresponde a hipoacusias unilaterales, y 43,75% a bilaterales. Tanto en uni como en bilaterales predominan las hipoacusias moderadas sobre las graves-profundas. (Gráfico 5.14.)

Tasas de detección: La tasa de detección total de hipoacusia es 5,5/1000 recién nacidos.

La distribución de la tasa de hipoacusia según la gravedad de la misma es la siguiente:

- Hipoacusia moderada: 4,3/1000 recién nacidos.
- Hipoacusia grave-profunda: 1,2/1000 recién nacidos.

Gráfico 5.13. Grado de afección de la Hipoacusia detectada. 2005

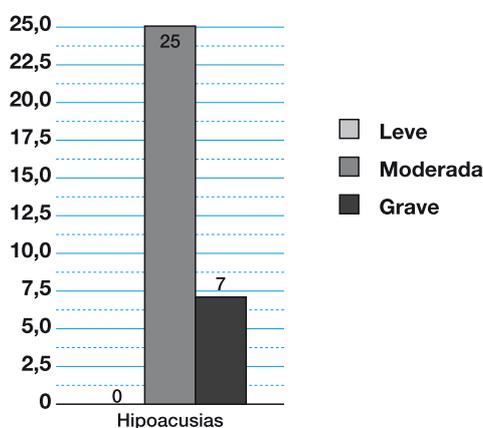
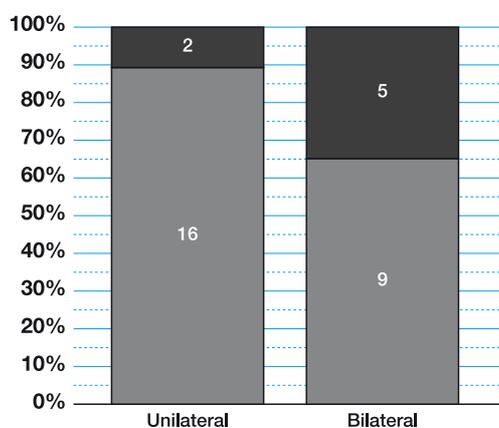


Gráfico 5.14. Grado de afección de las Hipoacusias detectadas según lateralidad. 2005



Teniendo en cuenta la uni o bilateralidad de la hipoacusia, las tasas de detección encontradas son las siguientes:

- Hipoacusias Unilaterales: 3,09 / 1000 recién nacidos.
- Hipoacusias Bilaterales: 2,40 / 1000 recién nacidos.

5.8.2.1.3. VACUNACIONES

Durante el año 2005 la cobertura de la primovacuna de Difteria –Tétenos-Pertusis (DTP), Hepatitis B (HB), Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Polio oral y Antimeningocócica C, ha sido muy elevada, alcanzando el 98% el porcentaje de niños que completan la tercera dosis a los seis meses de edad. Esta cobertura se sitúa ligeramente por encima de la española del 96%.

La cobertura de vacuna triple vírica (sarampión rubeola y parotiditis) a los 15 meses de edad ha sido superior al 100% y esto se debe a que se administran dosis retrasadas a población inmigrante no vacunada o que en sus países de origen solamente habían recibido vacuna frente a sarampión.

También al 95% de los niños se les administró el refuerzo (cuarta dosis) de Difteria –Tétenos-Pertusis acelular y Polio oral a los 18 meses de edad.

El 96% de los niños de 1º de Educación Primaria recibieron una dosis de Difteria-Tétanos-Pertusis acelular y también el 95% de estos niños/as recibieron la segunda dosis de vacuna triple vírica.

El 96% de los adolescentes que cursaban 2º de ESO, recibieron las tres dosis de vacuna frente a hepatitis B a los 13 años. Esta cohorte no fue vacunada de lactante.

Por último, el 95% de los alumnos de 3º de ESO, recibieron una dosis de Tétanos-Difteria tipo adulto.

Las coberturas vacunales registradas tanto en Navarra como en España son muy elevadas.

TABLA 5.37. COBERTURA VACUNAL (EN PORCENTAJE). NAVARRA Y ESPAÑA 2005

	2001		2002		2003		2004		2005	
	ESPAÑA	NAVARRA								
POLIO	96	97	98	96	98	95	97	96	96	98
DTP/DTPa	96	97	98	96	98	95	97	96	96	98
HB Recién nacido	-	97	-	96	98	95	97	96	96	98
Antimeningocócica C	87	97	98	96	98	95	97	96	96	99
Triple Virica	96	96	97	98	98	95	94	98	96	103
Hib	96	97	98	96	98	95	97	96	94	98
POLIO Refuerzo	95	92	95	91	96	95	94	92	95	95
DTPa Refuerzo.	94	93	95	91	96	95	94	92	95	95
Triple Virica 2ª dosis									92	95
HB Adolescentes	-	96	-	93	81	97	77	96	81	96
Td 14 años									81	95

VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL

En la campaña de vacunación antigripal de 2005, se han administrado un total de 114.000 dosis lo que representa un aumento de casi 13.000 dosis respecto a la campaña anterior.

El principal grupo de riesgo, mayores de 65 años, ha recibido 66.180 dosis, lo que representa un incremento de 3.362 dosis respecto a la campaña de vacunación anterior. La cobertura de vacunación antigripal experimentado incremento de un punto porcentual, pasando del 62 al 63%. (GRÁFICO 5.15.)

Como en años anteriores la cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años resulta muy desigual por zonas básicas de salud. Veinticinco zonas básicas no alcanzan la media de cobertura del conjunto de Navarra y otras veintinueve superan dicha cifra. Además, 15 zonas básicas, superan el objetivo de cobertura propuesto de vacunar a más del 70% de la población igual o mayor de 65 años. (TABLA 5.38.)

Gráfico 5.15. Evolución cobertura de vacunación Antigripal en mayores de 65 años 1998/2005

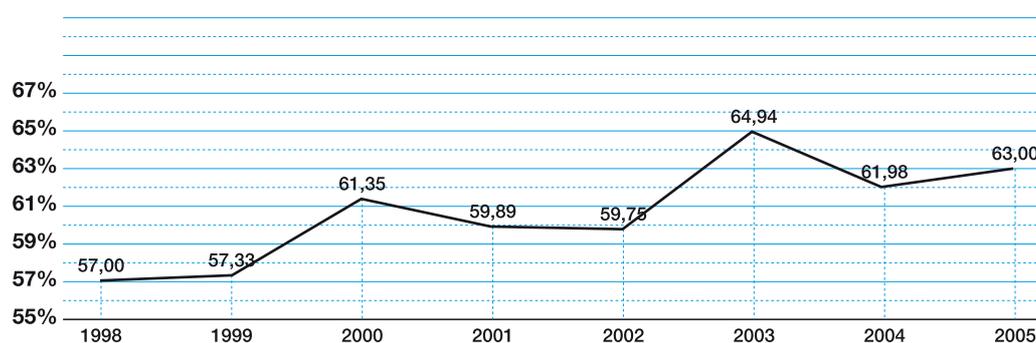


TABLA 5.38. COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN MAYORES DE 65 AÑOS POR ZONA BÁSICA. 2005.

2005	> 65 AÑOS			ISABA	355	272	77
	POBLACIÓN	VACUNADOS	COBERTURA				
ALLO	1.478	1.045	71	ITURRAMA	3.245	2.414	74
ALSASUA	1.885	1.103	59	LEIZA	710	325	46
ANCIN-AMESCOA	1.243	916	74	LESACA	1.539	943	61
ANSOAIN	800	578	72	LODOSA	2.817	1.563	55
AOIZ	731	577	79	LOS ARCOS	948	672	71
ARTAJONA	1.399	847	61	MENDILLORRI	1.339	539	40
AZPILAGAÑA	2.367	1.537	65	MILAGROSA	3.066	1.770	58
BARAÑAIN	1.994	1.221	61	NOAIN	1.346	909	68
BERRIOZAR	865	785	91	OLITE	1.939	1.308	67
BUÑUEL	2.689	1.658	62	ORCOYEN	656	406	62
BURGUETE	679	359	53	PERALTA	2.603	1.727	66
BURLADA	2.591	1.559	60	PUENTE LA REINA	1.427	1.003	70
CARCASTILLO	1.228	838	68	ROCHAPEA	3.419	2.062	60
CASCANTE	2.425	1.599	66	SALAZAR	456	399	88
CASCO VIEJO	2.750	1.773	64	SAN Adrián	2.753	1.796	65
CHANTREA	4.559	2.998	66	SAN JORGE	1.620	1.000	62
Cintruénigo	1.872	1.281	68	SAN JUAN	5.826	3.330	57
CIZUR-EHAVACOIZ	1.526	906	59	SANGÜESA	2.535	1.644	65
CORELLA	2.094	1.125	54	SANTESTEBAN	961	696	72
ECHARRI-ARANAZ	1.279	754	59	TAFALLA	2.543	1.748	69
ELIZONDO	2.115	1.190	56	TUDELA ESTE	2.922	2.114	72
ERMITAGAÑA	1.892	1.066	56	TUDELA OESTE	2.186	1.305	60
ESTELLA	2.866	1.790	62	ULZAMA	696	498	72
HUARTE-PAMPLONA	1.102	792	72	VALTIERRA-CADREITA	3.072	1.929	63
II ESANCHE	4.782	2.832	59	VIANA	958	644	67
IRURZUN	1.419	1.014	71	VILLATUERTA	779	168	22
				VILLAVA	1.371	853	62
				TOTAL	104.717	66.180	63

5.8.2.2. MUJERES

5.8.2.2.1. DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en lo que respecta a la realización de mamografías, tuvo su inicio en de marzo de 1990. Durante el año 2005, se ha trabajado realizando exploraciones correspondientes a la octava vuelta.

ACTIVIDADES EN EL AÑO 2005

1. Actividades generales

Como más significativas se señalan:

- Fomento de la participación, para lo que se sigue contactando con todos los Equipos de Atención Primaria de las zonas implantadas.
- Programación de actividades realizándose la gestión de personal, dietas, viajes, compras y pagos.
- Desarrollo, con carácter sistemático, del Programa de Control de Calidad de Imagen según la Guía Europea de Garantía de Calidad en Cribado Mamográfico.
- Participación en la Comisión de Garantía de Calidad en Radiodiagnóstico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Participación en el grupo de trabajo MAPPA- Cáncer de Mama del Servicio Navarro de Salud -Osasunbidea.
- Participación en el comité editorial encargado de la actualización del capítulo de "Epidemiological guidelines" de la cuarta edición de "European guidelines for quality assurance in mammography screening"
- Participación en el comité editorial para la elaboración de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo
- Publicaciones:
 - Comparison of early performance indicators for screening projects within the European Breast Cancer Network: 1989-2000
MJM Broeders, A Scharpantgen, N Ascunce, B Gairard, AH Olsen, P Mantellini, T Cerdá Mota, E Van Limbergen, B Seradour, A Ponti, L Salas Trejo, L Nystrom and on behalf of the European Breast Cancer Network (EBCN) European Journal of Cancer Prevention 2005, Vol 14 nº2, 107:116
- Participación como ponentes en:
 - XXVIII Congreso Español de Ginecología y Obstetricia
Detección Precoz del Cáncer de Mama.
La Coruña 6 -10 de junio de 2005
Nieves Ascunce
 - Jornadas de Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Ámbito Ibérico.
Resultados de programas españoles.
Barcelona 9-10 de junio de 2005
Nieves Ascunce
- Presentación de comunicaciones:
 - "Valor diagnóstico-terapéutico de la biopsia percutánea escisional mediante el dispositivo "Site-Select". Resultados preliminares". IX Curso Internacional de la Sociedad Española de Diagnóstico e Intervencionismo de la Mama. SEDIM 2005, Madrid 19 al 21 de Octubre.
Ana Osa
 - "Análisis de concordancia en la interpretación y clasificación de Cánceres de Intervalo". IX Curso Internacional de la Sociedad Española de Diagnóstico e Intervencionismo de la Mama. SEDIM 2005, Madrid 19 al 21 de Octubre.
Maite Mellado
 - "Eficacia y seguridad de la ablación por radiofrecuencia de tumores malignos de la mama". IX Curso Internacional de la Sociedad Española de Diagnóstico e Intervencionismo de la Mama. SEDIM 2005, Madrid 19 al 21 de Octubre.
Maite Mellado

- Participación como docentes:

- Curso "Prevención y Control del Cáncer en la Comunidad de Madrid", organizado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. 12 de mayo de 2005
Nieves Asunce
- Charla "Patología Maligna y Benigna de la mama" en curso de "Actualización en Mamografía" organizado por el Departamento de Imagen para el diagnóstico del IES Sanitaria de Pamplona. 18 al 30 de Abril de 2005
Ana Osa
- Charla "Ecografía y Resonancia de mama" en curso de "Actualización en Mamografía" organizado por el Departamento de Imagen para el diagnóstico del IES Sanitaria de Pamplona. 18 al 30 de Abril de 2005
Maite Mellado

2. Actividades en fase de detección

Durante el año 2005 se han realizado las exploraciones de las mujeres residentes en las zonas de Allo, Auritz Burguete, Baztan, Buñuel, Burlada, Cadreita, Cintruénigo, Cizur, Corella, Doneztebe-Santesteban, Galar (resto), Isaba-Roncal, Leitza, Lesaka, Lodosa, Los Arcos-Ancín, Mendavia, Peralta, Puente la Reina, San Adrián, Salazar, Valtierra y Viana y los códigos postales de Pamplona 31002, 31003, 31004, 31005, 31006, 31007, 31008, 31011 y 31012 En total se han visitado 32 zonas que incluyen 294 municipios.

A lo largo del año 2005 se han enviado 43.163 citaciones y se han realizado 36.903 exploraciones (Tabla 5.39)

En el mismo periodo se han realizado 2.105 revisiones intermedias (1.642 recomendadas por el propio programa y 463 a demanda de la mujer o su médico)

2.532 mujeres han vuelto a ser citadas en las correspondientes unidades para realizarse nuevas proyecciones y/o ecografía y 332 han sido enviadas a unidades hospitalarias para valoración diagnóstica y tratamiento en caso de confirmación de lesión maligna.

TABLA 5.39. ACTIVIDADES EN FASE DE DETECCIÓN. AÑO 2005 Y EVOLUCIÓN.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de zonas (localidades incluidas)	33(441)	30 (322)	29 (481)	33(323)	29(469)	32(294)
Nº de citaciones (1)	39.181	37.936	37.387	41.529	41.216	43.163
Nº de mujeres exploradas	35.007	32.659	32.197	36.280	35.431	36.903
Nº de mujeres a las que se realiza una revisión intermedia	2.769	2.845	2.688	2.221	2.086	2.105
1 año	2.420	2.498	2.266	1.755	1.682	1.629
6 meses	3	0	5	3	4	13
solicitada	346	347	417	463	400	463
Nº de mujeres a las que se realiza pruebas complementarias (2)	3.233	3.759	3.011	3.274	3.252	2.532
Nº de mujeres remitidas a Hospital para confirmación diagnóstica	229	311	277	311	346	332

(1) En este número no se incluyen las recitaciones a las mujeres que no responden a la primera invitación

(2) Incluye pruebas complementarias realizadas tanto después del test de screening como de revisiones intermedias.

3. Actividades en fase de confirmación diagnóstica

- Reuniones semanales de evaluación de los casos enviados a valorar con los profesionales que componen los Comités de Mama, en cada uno de los dos hospitales de referencia del Programa (Hospital Virgen del Camino y Hospital de Navarra)
- Seguimiento activo de resultados: Revisión de archivos de consulta, radiología y anatomía patológica de ambos hospitales.

RESULTADOS

En relación a las exploraciones efectuadas en el año 2005 se han realizado imágenes adicionales en el 5,93% de las de screening y en el 8,77 de las de revisión (Tabla 5.40).

En exploraciones de screening se han confirmado 144 tumores malignos (hay que tener en cuenta que en el momento de elaboración de este informe queda pendiente de confirmar el resultado de 47 mujeres) De ellos, 33 (22,92%) son intraductales, y 111 invasivos. De estos 61 (54,95%) son mínimos (T1mic, T1a, T1b). 92 (82,88%) de los tumores invasivos diagnosticados no presentaban invasión ganglionar en el momento de diagnóstico.

4,74% de las mujeres exploradas en el año, serán citadas para una revisión intermedia en el plazo de 1 año. El resto serán citadas para una nueva exploración de screening en el intervalo normal (2 años).

TABLA 5.40. RESULTADOS DEL PROGRAMA. AÑO 2005

EXPLORACIONES	SCREENING			REVISIONES (NO RS)
	INICIALES	SUCESIVAS	TOTAL	
Nº de exploraciones	4.078	32.825	36.903	1.642
Nº de imágenes complementarias	652	1.536	2.188	144
% compl.sobre total exploraciones	15,99	4,68	5,93	8,77
Nº de envíos a hospital	56	216	272	27
% envíos sobre total exploraciones	1,37	0,66	0,74	1,64
RESULTADOS GLOBALES				
Normal/P. Benigna	3.477	31.473	34.950	1663
Revisión Intermedia	571	1.180	1.751	3
% R. Intermedia sobre total exploraciones	14,00	3,59	4,74	0,18
Negativa a seguir proceso	3	8	11	0
Pendiente de resultado	10	37	47	5
Tumor maligno	17	127	144	8
% Tumor maligno sobre total envíos	30,36	58,80	52,94	29,63
% Tumor maligno sobre total exploraciones(*)	0,42	0,39	0,39	0,49
CARACTERÍSTICAS DE LOS TUMORES DETECTADOS				
In situ	6	27	33	0
Invasivos	11	100	111	8
Desconocidos	0	0	0	0
% TIS sobre total tumores	35,29	21,26	22,92	0,00
% T1mic+T1a+T1b sobre total tumores	35,29	43,31	42,36	100,00
% T1mic+T1a+T1b sobre invasivos	54,55	55,00	54,95	100,00
% T1sobre invasivos	72,73	87,00	85,59	100,00
INVASIÓN GANGLIONAR DE TUMORES INVASIVOS				
Negativo	7	85	92	8
% Neg sobre Invasivos	63,64	85,00	82,88	100,00

(*) No corresponde a tasa de detección.

RS: Revisión solicitada

Datos calculados con información a fecha 24 de febrero 2006

5.8.2.2.2. MUJERES EN LA PERIMENOPAUSIA

La perimenopausia constituye para las mujeres una etapa vital de especial riesgo y vulnerabilidad en relación con la morbimortalidad a corto, medio y largo plazo: cardiovasculares, cánceres, morbilidad ginecológica, morbilidad en salud mental, fundamentalmente depresiones y relacionadas con la ansiedad, etc.

En relación con la situación y necesidades de salud detectadas, este programa tiene como objetivo favorecer el trabajo educativo con mujeres en esta etapa sobre diversos temas: cambios que se producen, la menopausia, la alimentación, el movimiento y la actividad física, la autoestima, el manejo de emociones, las relaciones, el ocio y tiempo libre, el proyecto de vida.

Durante el 2005 las actividades desarrolladas se han centrado en mantener el apoyo a profesionales sociosanitarios y grupos de la comunidad para realizar proyectos de educación y promoción de salud con mujeres y ha incluido el asesoramiento a profesionales, la reedición y envío del material "En la madurez... guía educativa para promover la salud de las mujeres" (300 ejemplares), el curso de formación sobre Comunicación y Educación individual en consulta dirigido a profesionales del Centro de Atención a la Mujer de Burlada y la colaboración con los Centros de Atención a la Mujer y el Instituto de la Mujer de Navarra.

5.8.2.3. PERSONAS QUE PROPORCIONAN CUIDADOS

En la actualidad se está incrementando el número de personas dependientes que necesitan cuidados. Cuidar supone siempre una sobrecarga física y emocional, disminuye el tiempo disponible para otras actividades y suele constituir una situación de crisis psicosocial.

Durante el 2005 se han desarrollado acciones de apoyo a intervenciones educativas que en esta situación pueden resultar al mismo tiempo preventivas y curativas y pueden mejorar el nivel de salud y bienestar tanto de la persona que cuida como de la persona cuidada.

5.8.2.4. ENVEJECER EN BUENA SALUD

Muchas personas mayores permanecen activas y totalmente independientes hasta casi el final de sus días, aunque existen múltiples amenazas y otras personas viven una vejez muy complicada.

La Organización Mundial de la Salud plantea la importancia de aumentar los esfuerzos para satisfacer las expectativas y necesidades cambiantes de las personas mayores y estar preparados para hacer frente a una Europa cada vez más envejecida (Salud 21, OMS, 1999).

El Plan de Salud de Navarra plantea entre los objetivos de intervención priorizados la promoción de estilos de vida que potencien las capacidades cognitivas (Enfermedades Neurovegetativas), nutrición y hábitos alimentarios saludables, así como ejercicio físico (Enfermedades cardio-cerebrovasculares) y la cesación del hábito tabáquico (Enfermedades cardio-cerebrovasculares y Oncológicas).

Durante el 2005 se ha atendido la demanda existente tanto de asesorías a profesionales como de distribución de materiales para profesionales y para usuarios.

5.8.2.5. PROMOCIÓN DE SALUD EN MINORÍAS ÉTNICAS E INMIGRANTES

5.8.2.5.1. MINORÍAS ÉTNICAS

Desde que se iniciara en 1998, Programa de Promoción de Salud con Minorías étnicas se ha dirigido a grupos poblacionales con características culturales específicas: personas de etnia gitana asentados en Navarra. Durante el 2005 dicho Programa ha mantenido la estructura y funcionamiento de años anteriores.

Se estima que la población que integra este grupo étnico en Navarra oscila entorno a las 6.000 personas, (datos aportados por la Fundación Secretariado Gitano), lo que representa algo más del 1% respecto de la población Navarra general, agrupadas en unos 1000 hogares (lo que viene a significar una media de miembros por unidad familiar por encima de la media)

Siguiendo las recomendados de la O.M.S. los objetivos del Programa se enmarcan dentro de una estrategia de *reducción de desigualdades en salud*: en los que a deficiencias en la calidad de vida, (entre las que destacan las condiciones de vivienda, la pobreza) y cuidados de salud, (fundamentalmente alimentación, ejercicio físico...) se refiere.

Para ello parte desde un enfoque de Promoción de la salud, orientado a procurar la disminución de riesgos asociados los peculiares estilos de vida, así como los principales determinantes de la salud, por un lado y facilitar el acceso y la adecuada utilización de los servicios sanitarios, por otro.

Para ello la estrategia principal del programa está basada en procesos de educación entre iguales y la mediación.

Las Zonas Básicas sobre las que se ha intervenido en este último año son las siguientes: Pamplona (Rochapea, Chantrea, Casco Viejo, San Jorge, Ermitagaña, Echavacoiz), Burlada, Villava, Huarte, Barañáin, Noáin, Berriozar, Estella, Andosilla, Tafalla, Peralta, San Adrián, Lodosa, Tudela Este y Tudela Oeste y Carcastillo, en total 20 Zonas Básicas de Salud.

Durante el 2005 trabajaron en el programa 12 personas gitanas (11 mujeres y un varón) en cada una de las zonas básicas citadas.

De acuerdo a la actualización de datos que aportan de dichos Agentes Comunitarias, entre todas ellas agrupan un total de 860 familias integradas por 3.408 personas de etnia gitana, ampara más del 50% de la población total estimada para Navarra, y respecto a quienes se ha intervenido con 470 familiar (esto es más de 55%).

Entre los indicadores que merecen mayor atención, dicho programa ha traducido un significativo aumento en la captación de embarazos (situados durante el último año en el 99%), captación del recién nacido, (100%) y progresiva incorporación de mujeres mayores de 45 años en el programa de prevención del Cáncer de mama (59%).

El Programa se financia al 100% desde la convocatoria de Ayuda a Programas del Departamento de Salud. En 2005 la cantidad otorgada fue de 133.531 euros, a través de las cuatro entidades que participan en el programa: (La Romani

de Tudela, Chachipen Gau Caló de Carcastillo, La Majarí de Pamplona, y la Federación de Asociaciones Gitanas Gaz Kalo, quien asume la coordinación y supervisión general). La práctica totalidad de la subvención se ha destinado a los contratos de las agentes comunitarias de salud, y supervisión general del programa.

La formación continua de las agentes comunitarias de salud se ha organizado en coordinación con la Federación de Asociaciones gitanas de Navarra, Gaz Kalo.

Además del grupo de mediadores en salud o agentes comunitarios, han participado en el Programa profesionales pertenecientes a los Equipos de Atención Primaria, Andraize y otros Centros de Atención a la Mujer, Servicios Sociales de Base, Centros escolares, etc., existentes en la zona en que el mismo está implantado.

El seguimiento del Programa en cada zona es coordinado por los Trabajadores Sociales de los Centros de Salud y Servicios Sociales de Base respectivos. Desde 2001, la coordinación del Programa en las zonas básicas ha sido encomendada a técnicos de la Federación de Asociaciones Gitanas de Navarra. Desde el Instituto de Salud Pública se ha realizado la coordinación general del programa así como la actualización de los indicadores de evaluación y sistema de información del mismo.

5.8.2.5.2. POBLACIÓN INMIGRANTE

Dentro de la Convocatoria de subvenciones, de la línea presupuestaria "Convenios para programas de prevención y promoción de salud" se han subvencionado 5 proyectos relacionados con este tema, concedidas a las siguientes Entidades y Programas:

- Asociación SEI (Servicio Educativo Intercultural), 8.486,88 euros para la realización del Programa: Promoción de Salud con adolescentes inmigrantes 2005.
- Asociación ESAIN (Estella Ayuda a Inmigrantes), 1.218,24 euros para la realización del Programa: Proyecto intersocial de educación afectiva sexual y planificación familiar para adolescentes.
- Asociación ESAIN (Estella Ayuda a Inmigrantes), 1.015,20 euros para la realización del Programa: Proyecto de actividades formativas en el área de la educación parental.
- Asamblea Navarra de Cruz Roja Española, 658 euros para la realización del Programa: Apoyo psicológico a inmigrantes.
- Asamblea Navarra de Cruz Roja Española, 4.620,41 euros para la realización del Programa: Promoción de Salud en mujeres inmigrantes.

Por otra parte, de los trípticos existentes sobre alimentación infantil en distintos idiomas: Preparación del biberón, Papilla de cereales, Papilla de verduras y frutas, de los que se distribuyeron 500 ejemplares. En razón de 125 de cada uno.

De los folletos de "SALUD, LOS SERVICIOS SANITARIOS", se distribuyeron a petición de equipos de Atención Primaria 150 ejemplares en castellano, 65 en árabe, 50 en francés, 40 en inglés y 30 en ruso.

5.8.3. ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros (Glosario de Promoción de la Salud, OMS, 1999).

El objetivo 11 de Salud 21, Salud para Todos en el siglo XXI, propone avanzar hacia la adopción de modelos de vida más sana desarrollando estrategias de modificación de factores medioambientales, información y educación sanitaria.

5.8.3.1. PLAN FORAL DE ACCIÓN SOBRE EL TABACO (P.F.A.S.T.)

Aquí se describen las actividades relacionadas con el Plan Foral de Acción sobre el Tabaco y más específicamente con los Programas de Ayuda a Dejar de Fumar, de Prevención del Inicio del Consumo de Tabaco, de Promoción de Espacios sin Humo y con la celebración del Día Mundial Sin Tabaco.

Atendiendo al tipo de actividad realizada se distinguen los siguientes capítulos: Formación, asesorías, edición/reedición de materiales, adquisiciones y envíos.

1. Formación. En este apartado constan los cursos y sesiones docentes organizadas desde la sección:

Sesión docente "*El Plan Foral de Acción sobre el Tabaco*", con alumnas de trabajo social de la UPNA solicitada por la profesora de trabajo social Pilar García el día 13/4.

Sesión docente: "*El Programa de Ayuda a Dejar de Fumar*" con los profesionales del Inst. de Salud Pública el día 27/5.

Sesión docente "*Recaídas en el abandono de la dependencia del tabaco*" a solicitud del centro de Salud de Olite, el día 23/11.

Curso "*Ayude a su paciente a dejar de fumar: Consejo sistematizado y Educación Individual breve*", de 6 horas de duración, dirigido a profesionales de Asistencia Especializada. En total han recibido formación 25 profesionales de distintas especialidades.

2. Asesorías y consultas. Se pueden estimar en alrededor de 100 asesorías y 2.000 consultas. Esto incluye las asesorías telefónicas, electrónicas y presenciales. Estas asesorías tienen muy distinta entidad y carga de trabajo, se resuelven en reuniones personales o por teléfono, con el apoyo de los materiales existentes en la sección, la página web Sintabaco y otros en formato electrónico. En muchos casos conlleva el envío de documentación y/o materiales.

3. Edición/reedición de materiales. Dentro del programa de promoción de espacios sin humo, en aplicación de la Ley Foral 6/2003, para divulgarla y promover su cumplimiento, en lo que se refiere a la limitación del consumo de tabaco en lugares cerrados y la prohibición de la venta a menores, se han editado materiales informativos y de señalización en diferentes formatos:

- 11.000 ejemplares del póster "Está usted en un espacio sin humo" en castellano y euskera.
- 10.500 carteles "Esta usted en un espacio sin humo" en castellano y euskera.
- 1.000 carteles "Aquí no se vende tabaco a menores" en castellano y euskera.
- 1.000 pegatinas "Está prohibido vender tabaco a menores" en castellano y euskera.
- 1.000 ejemplares carteles "Área de no fumar"- euskera.
- 6.000 ejemplares chapa autoadhesiva para ascensores "Fumar perjudica la salud" castellano y euskera.
- 100 CDs (Discos compactos) para enseñanza secundaria en castellano y euskera
- Reedición de la página web del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco www.cfnavarra.es/sintabaco

4. Adquisiciones.

- 12 Monitores de monóxido de carbono.

5. Envíos.

- 12 monitores de CO
- 60 CD a otros tantos centros educativos
- Alrededor de 22.000 ejemplares de los diversos materiales existentes (libros, folletos, carpetas, carteles, vídeos, documentos, etc.) han sido remitidos a cerca de 650 empresas, centros de salud, ambulatorios, hospitales, servicios y entidades diversas.
- Alrededor de 80.000 ejemplares de diversos materiales con ocasión del "Día Mundial sin Tabaco 2004" a 90 centros sanitarios y a 310 centros educativos.
- Carteles de advertencia a 1.500 puntos de venta de tabaco.

6. Subvenciones.

En el marco de la convocatoria de subvenciones de prevención del consumo de tabaco (Resolución 346/2005, BON núm. 42 de 8 de abril), se han subvencionado 20 proyectos de 2 entidades locales y 15 asociaciones. La cuantía disponible es de 38.250 euros, de los cuales se han adjudicado 29.459 euros.

7. Comunicaciones y ponencias, asistencia a congresos.

Se ha realizado un estudio con personas incluidas en el Programa de Ayuda a Dejar de Fumar de Atención Primaria sobre "*Efectividad de diversas intervenciones del Programa de Ayuda a Dejar de Fumar en Navarra*".

5.8.3.2. ALIMENTACIÓN, EJERCICIO FÍSICO Y ESTRÉS

Como estilos de vida, durante el año 2005, además de la prevención del consumo de tabaco se ha mantenido la línea de trabajo sobre la alimentación, el ejercicio físico y el manejo del estrés.

Durante el 2005 se ha establecido un acuerdo con la Dirección de Atención Primaria (Unidad Programación y Evaluación) con el objetivo de potenciar y apoyar la información y educación para la salud, fundamentalmente el desarrollo de consejos educativos eficaces sobre estilos de vida en las consultas de atención primaria. En el marco de este acuerdo se han realizado las siguientes actividades:

- Grupo Formador Atención Primaria – Salud Pública: Constitución, formación, elaboración de propuesta de sesión de formación a centros de salud.
- Organización y realización de Sesiones de Formación en los Centros de Salud: La cobertura asciende a 18 centros de salud y 234 participantes (profesionales de medicina, enfermería y trabajo social). Como recurso didáctico para la formación se realizó, en colaboración profesionales del Centro de Salud Chantrea, la grabación de un vídeo sobre Cómo realizar Consejos educativos sobre estilos de Vida. Su evaluación es muy positiva.
- Distribución por parte de Salud Pública de materiales de apoyo para profesionales y para distribuir a la población.
- Distribución por parte de Atención Primaria de expositores a los centros que participan en la Sesión de Formación sobre Consejo.

También durante el 2005 se han mantenido servicios de formación, asesoramiento y apoyo a quienes realizan trabajo informativo - educativo sobre estilos de vida. Se han editado:

- Cartel "La Alimentación saludable": 500 ejemplares en euskera.

Se han reeditado:

- Tríptico *La Alimentación*: 8.000 ejemplares en castellano y 1.000 en euskera.
- Tríptico *El Ejercicio Físico*: 8.000 ejemplares en castellano y 1.000 en euskera.
- Tríptico *El Estrés*: 8.000 ejemplares en castellano y 1.000 en euskera.
- Folleto *El Ejercicio Físico*: 6.000 ejemplares en castellano.

Se han atendido las demandas de materiales existentes, distribuyéndose:

Materiales para profesionales: 48 ejemplares de la carpeta de Estilos de Vida, 14 Protocolos para profesionales: Educación y comunicación en consulta individual, 10 revistas de Promoción de Salud, acciones colectivas y comunitarias, 17 colección Educar en Salud y 24 Estilos de Vida, guía educativa breve.

Folleto, en conjunto castellano y euskera: el que más se ha distribuido ha sido el del "El Ejercicio Físico" (1.210 ejemplares), seguido del de "La alimentación" (887) y del de "El Estrés" (765).

Trípticos, también en conjunto castellano y euskera: el que más se ha distribuido ha sido el de "La alimentación" (1.291 ejemplares) seguido del de "El Ejercicio Físico" (1.019 ejemplares) y del de "El Estrés" (994).

Lo más frecuente es la petición de los folletos de forma conjunta tanto por centros de salud como por centros educativos y asociaciones.

Además se han distribuido a iniciativa de la propia Sección 1.104 ejemplares de cada uno de los trípticos.

5.8.4. APOYO EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

5.8.4.1. FORMACIÓN

Este programa pretende mejorar la capacitación y facilitar el trabajo de profesionales y grupos en educación y promoción de la salud. Durante el 2005 las actividades realizadas han sido:

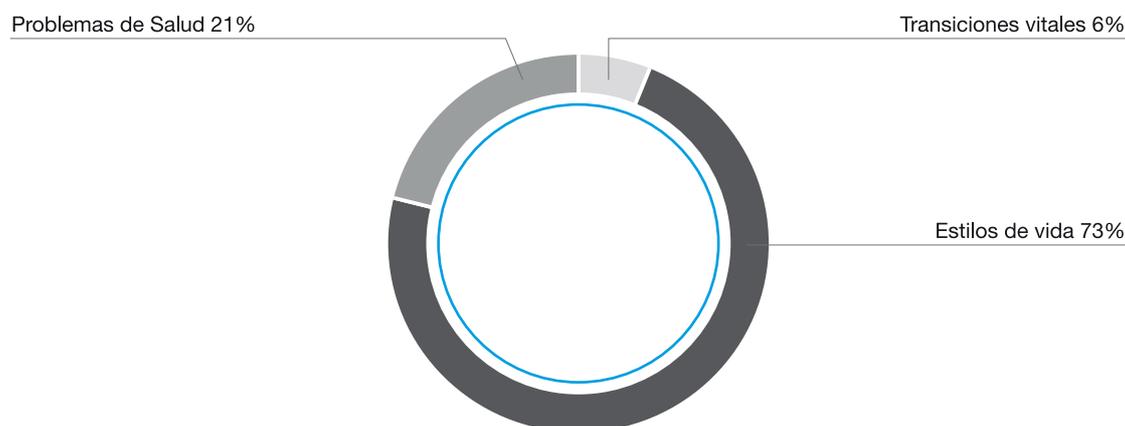
- Grabación, en colaboración con profesionales del Centro de Salud Chantrea, de un vídeo sobre Cómo realizar Consejos educativos sobre estilos de Vida, como material de apoyo a la formación sobre Consejo educativos (ver apartado estilos de vida).
- Jornadas de Formación de formadores en estilos de vida, 13 de marzo y 20 de abril.
- Curso de Metodología de Información y Educación Individual (5, 6, 12 y 13 de mayo) dirigido al Centro de Atención a la Mujer de Burlada.
- Ayude a su paciente a Dejar de Fumar: Curso de Consejo sistematizado y Educación individual breve (10 de junio) dirigido a profesionales de asistencia especializada.
- Curso Ganar salud en la infancia y adolescencia (29 y 30 de septiembre).
- Curso de metodología en Educación para la Salud grupal dirigido a residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (24, 25 y 26 de octubre).

5.8.4.2. INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN Y SUMINISTRO DE MATERIALES

Colaboración con Atención Primaria

- Distribución del catálogo de materiales a centros de salud.
- Colocación por parte de Atención Primaria de expositores en los centros e los que se realiza sesión de formación sobre "cómo hacer consejos educativos en estilos de vida"
- Establecimiento del circuito de materiales.

Gráfico 5.16. Proporción de material distribuido según área de trabajo. 2005



Envío de materiales para la población

Distribución a centros y organismos de materiales informativos para la población. Se envía a demanda póster y diversos folletos y materiales de información para el trabajo con la población sobre distintos temas. Durante el 2005 se han atendido 147 demandas de materiales informativos. Los envíos realizados corresponden a materiales editados en la Sección y otros materiales.

Del conjunto de materiales editados en la sección, los distribuidos a demanda por orden de frecuencia y áreas de trabajo han sido:

- Transiciones vitales (893): fundamentalmente "Envejecer", "Calendario del Desarrollo del niño y de la niña" y "Cuidar y Cuidarse".
- Estilos de vida (10.404): Alimentación, Ejercicio, Estrés. (No se incluyen aquí los materiales de tabaco, que figuran en su apartado específico).
- Problemas de Salud (2.945). Fundamentalmente Procesos Crónicos (diabetes y EPOC), pero también algunos problemas agudos (Gripe, Catarros y resfriados, Vómitos y diarreas).

También se han distribuido otros ejemplares de folletos editados por otras entidades, fundamentalmente el Instituto de la Mujer (834).

Envío de materiales de apoyo para profesionales

Distribución a centros y organismos de materiales de apoyo para educadores, educadoras y otros agentes de salud. Además de los materiales enviados por iniciativa propia o entregados en los cursos de formación (Guía para trabajar con mujeres en la madurez, Guía educativa breve, Guía para trabajar con madres y padres...) se han enviado a demanda 158 ejemplares. Los de mayor frecuencia han sido:

- Carpeta Estilos de vida (46).
- Estilos de vida. Guía educativa breve (24).
- Educar en salud. Experiencias de Educación para la Salud con grupos (17).
- Guía para trabajar con mujeres en la Madurez (15).
- Guía de Salud y Desarrollo Personal, para trabajar con adolescentes (12).
- Guía de Educación Parental, para trabajar con madres y padres (9).

5.8.4.3. COLABORACIONES, REDES Y ALIANZAS DENTRO DE NAVARRA

Participación en un grupo de trabajo de coordinación de la promoción de salud en la atención a la mujer, en el que participan los CAM y el Instituto de la mujer, además de nuestra Sección.

Grupo de trabajo de colaboración con la Dirección de Atención primaria, en el que participan la Unidad de programación y evaluación y la Dirección de una de las Áreas.

Participación en el Grupo de trabajo de seguimiento sobre exclusión social, liderado desde el Instituto de Bienestar social.

Colaboración y apoyo al grupo Comunicación y Salud de la SEMFYC en la planificación y desarrollo del XVI Congreso "La comunicación entre pacientes y profesionales de salud": participación en el Comité Científico, coordinación de talleres, taller Comunicación oral/Comunicación escrita ¿Qué materiales informativo-educativos damos?

Plan de Igualdad. Colaboración con el Instituto de la Mujer en la elaboración del Área de Salud y Bienestar Social del Plan de Igualdad: sesión de Presentación, Sesión de Trabajo, aportaciones a borradores.

Plan de Salud. Documentos para la evaluación del Plan de Salud 2001 – 2005.

5.8.4.4. COLABORACIONES CON OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, ENTIDADES, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Colaboración con Comunidades Autónomas vecinas: Aragón, Comunidad Autónoma Vasca, La Rioja y otras:

- Participación en el I Simposium sobre calidad y efectividad en Promoción de Salud y IX Jornadas Aragonesas de Promoción de Salud. Ponencia: Modelos de buena práctica y evidencia de la educación para la salud en Atención Primaria de Salud.
- Coordinación de la elaboración de un monográfico de la revista de Promoción y Educación para la salud de la Asociación para la Defensa de la Salud Pública/OP, en colaboración con la Sección de promoción de salud del Departamento de salud de la CAV.

Colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo y otras Comunidades Autónomas: Asistencia a diversas reuniones y grupos de trabajo, Participación en Jornadas y mesas redondas.

Formación para la implantación del SIPES, Sistema de Información en Promoción y Educación para la Salud; y participación en actividades de puesta en marcha y desarrollo y otras actividades relacionadas con el mismo.

Colaboración con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Redacción de 2 artículos para incluir en la 3ª edición de la Guía de actuación en Atención Primaria.

5.8.4.5. APOYO ECONÓMICO A PROYECTOS

Subvenciones a proyectos: En el marco de la convocatoria de subvenciones a otras instituciones y programas de salud Orden Foral 1/2005, en la línea de "Desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud", se evaluaron 183 proyectos pertenecientes a 109 instituciones, con los criterios y procedimientos establecidos, resolviéndose:

- Denegar las subvenciones a 7 proyectos por no ser pertinentes con la filosofía, bases y/o planteamientos de esta línea.
- Subvencionar a los 176 restantes, en parte o en su totalidad con una cantidad total de 198.250 euros.

TABLA 5.41. SUBVENCIONES A PROYECTOS ISP 2005

	Nº		Nº
Promoción de Salud		MIGRACIONES	5
(varios temas en un mismo proyecto)	35	MINORÍAS	1
ESTILOS DE VIDA	80	DUELO	1
ALIMENTACIÓN	18	EXCLUSIÓN	2
EJERCICIO FÍSICO	24	OTROS	16
SEXUALIDAD	11	OCIO ALTERNATIVO / LUDOTECA	5
SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	8	OSTEOMUSCULAR	3
ESTRÉS/BIENESTAR	19	DIAGNÓSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO	1
TRANSICIONES VITALES	45	PRIMEROS AUXILIOS	1
EMBARAZO Y PARTO	5	USO DE MEDICAMENTOS	1
INFANCIA /EDUCACIÓN PARENTAL	7	PREVENCIÓN DE MALOS TRATOS	2
JUVENTUD	4	TRANSFORMACIÓN DEL CONFLICTO	1
ENVEJECER	14	INTELIGENCIA EMOCIONAL	1
CUIDAR Y CUIDARSE	6	ASISTENCIA A CONGRESOS	1
		TOTAL	176

5.8.4.6. OTRAS ACTIVIDADES

Banco de proyectos de EpS/PS: Se mantiene el Centro de Documentación y un banco de experiencias y proyectos de EpS realizados por Equipos de AP sobre diferentes temas (menopausia, alimentación, hipertensión, diabetes...) para atención de la demanda. Los materiales y experiencias que se envían sirven de guía para la programación, realización y evaluación de sesiones educativas y posibilita el intercambio de información entre centros y servicios.

Edición y Reedición de materiales: Los materiales específicos editados y reeditados durante el 2005 figuran en los diferentes apartados.

Reedición de los trípticos "*Los Servicios de Salud*", que informan acerca de los servicios de salud, tipos de servicios públicos y como utilizarlos en varios idiomas. En Castellano (8.000 ejemplares), Inglés (1.000 ejemplares), Francés (1.000 ejemplares), Árabe (5.000 ejemplares) y Ruso (5.000 ejemplares)

Reedición de los trípticos "*Papillas de cereales*", "*Puré de verduras*", "*Preparación del biberón*" y "*Papilla de frutas*", con 800 ejemplares de cada uno. Proporcionan información en castellano, inglés y árabe acerca de los ingredientes y modo de preparación.

Edición y distribución del tríptico "*Catarros y Gripe. Consejos para cuidarse y prevenir*", que informan a población general sobre que son y como se transmiten estas enfermedades, que hacer ante ellas, como prevenirlas y cuando consultar al centro de salud.

Edición del tríptico "*Diarreas y Vómitos. Consejos para cuidarse y prevenir*", que informan a población general sobre que son y como se transmiten estas enfermedades, que hacer ante ellas, como prevenirlas y cuando consultar al centro de salud.

Asesorías telefónicas o presenciales a distintos servicios sociosanitarios y educativos y a asociaciones y grupos de la comunidad, en el propio centro o en el Instituto de Salud Pública.

Página Web: En 2005 se ha diseñado y puesto en funcionamiento la página web de la Sección de Promoción de Salud, integrada en la del Instituto de Salud Pública. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/inicio.html>

Programa de Gestión de Almacén: En colaboración con la Sección de Proyectos Departamentales del Servicio de Proyectos de Sistemas de información adscrita a la Dirección General para la sociedad de la Información, se ha diseñado y puesto en funcionamiento un programa de gestión del Almacén de Publicaciones de Promoción de Salud.

COLABORACIÓN CON OTRAS ESTRUCTURAS Y OTROS DEPARTAMENTOS Y ENTIDADES

Colaboración con otras secciones del propio Instituto de Salud Pública:

- En colaboración con el Servicio de Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica:
Elaboración del Tríptico "*Catarros y Gripe*"
Elaboración del Tríptico "*Diarreas y Vómitos*"

COLABORACIÓN CON EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y CON C. AUTÓNOMAS

- Sistema de Información en Promoción y Educación para la Salud SIPES.

Durante el 2005 se mantuvo la colaboración con el Ministerio y las Comunidades Autónomas en el establecimiento de un sistema de información para el intercambio de experiencias y para mejorar la accesibilidad, la calidad de la información y la toma de decisiones en promoción de salud.

Continuamos con experiencias de pilotaje de SIPES.

Durante el 2005, se impartieron los siguientes cursos:

- Curso de Autoprotección en Trabajo Familiar:
Enfermedades Infecciosas. Federación Navarra de Municipios y Concejos.
- Pamplona, 20 de abril de 2005, tres horas.
- Tudela, 27 abril de 2005, tres horas.
- Pamplona, 8 noviembre de 2005, tres horas.
- Estella, 10 noviembre de 2005, tres horas.

DOCENCIA RECIBIDA

Margarita Echaury. Curso Power Point. INAP. Octubre – diciembre 2005.

ASISTENCIA Y COMUNICACIONES A CONGRESOS:

M^a José Pérez Jarauta y Margarita Echaury.

Taller: Comunicación oral/Comunicación escrita ¿Qué materiales informativo-educativos damos?. En el XVI Congreso Comunicación y Salud, Pamplona, abril 2005.

Margarita Echaury y M^a José Pérez Jarauta.

Ponencia: Modelos de buena práctica y evidencia de la educación para la salud en Atención Primaria de Salud. En el I Symposium sobre calidad y efectividad en Promoción de Salud y IX Jornadas aragonesas de Promoción de Salud.

Aldaz P, Urtiaga M, Azagra MJ, Elizalde L.

Efectividad de diversas intervenciones del Programa de Ayuda para Dejar de Fumar (PAF) en Navarra. V Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Salamanca. 10-12 de noviembre de 2005.

5.9. LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Aunque el número total de muestras analizadas durante 2005 disminuyó un 5% con respecto al año 2004, el número total de determinaciones realizadas en 2005 ascendió significativamente (un 15%) con respecto a las realizadas en 2004; el incremento se produjo fundamentalmente en los parámetros de análisis microbiológicos.

Dentro del programa de colaboración con los centros sanitarios del sistema público, se estableció un acuerdo para el control microbiológico de las comidas preparadas en los hospitales. Para el desarrollo de este acuerdo, se llevó a cabo la adaptación de la Unidad de Análisis Microbiológicos, en lo referente a personal y equipos. El incremento de los análisis microbiológicos totales referido anteriormente fue el reflejo de la puesta en marcha de este programa de control.

En la Unidad de Análisis Químicos, se instaló y se puso en marcha el nuevo equipo LC-MS/MS para análisis de residuos. Mediante esta técnica, se desarrollaron métodos para el análisis de corticosteroides y de antibióticos beta-lactámicos en muestras biológicas, de colorantes azoicos (Sudán I a IV) en alimentos, y de residuos de herbicidas en aguas.

Se propuso la adquisición de un equipo de PCR en tiempo real durante con destino a la Unidad de Análisis Microbiológicos, para su utilización en la detección rápida de microorganismos patógenos en alimentos. Tras la valoración

y aprobación de la propuesta, se inició el proceso administrativo para la adquisición del equipo, que concluyó en junio de 2005. Se puso a punto la metodología para la detección de *Listeria* y *Salmonella* en alimentos mediante esta técnica.

En lo que respecta al sistema de calidad, el Laboratorio superó una auditoría de ampliación por parte de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). Como resultado de esta auditoría, el alcance técnico del Laboratorio quedó aumentado en tres parámetros (Aluminio y Plomo en aguas, recuento de *E. coli* en aguas).

El desarrollo de los planes internos de control de calidad, supuso la realización de 9500 análisis de control y operaciones de calibración y validación, aunque este número no se computa en el total de análisis. Se aumentó el número de documentos de calidad generados.

En el mes de noviembre, el Laboratorio inició un nuevo proyecto de investigación, con financiación del Departamento de Salud, titulado "Aplicación de la cromatografía de líquidos acoplada a espectrometría de masas con triple cuadrupolo al control de la seguridad alimentaria. Creación de una base de datos espectral de compuestos de interés sanitario".

ACTIVIDAD

Las Tablas 5.42. y 5.43. describen los indicadores y los productos analizados, respectivamente.

TABLA 5.42. LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA. INDICADORES GENERALES DEL AÑO 2005

TIPO ACTIVIDAD	2004	2005
Nº MUESTRAS ANALIZADAS	6.463	6.143
Nº ENSAYOS FÍSICO-QUÍMICOS	26.023	27.987
Nº ENSAYOS MICROBIOLÓGICOS	11.648	15.338
Nº DE CONTROLES, CALIBRACIONES, VALIDACIONES	8.305	9.300
Nº DE OTRAS ACTIVIDADES ANALÍTICAS	1	1
Nº DOCUMENTOS DE CALIDAD	7.358	8.065
Nº ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA (1)	7.377	7.100
IMPORTE ACTIVIDADES ANALÍTICAS (2)	559,8	604,4

(1) Boletines de análisis más documentos registrados.

(2) Valoración del coste de los análisis en miles de euros.

Se recibió en el Laboratorio una media mensual de 512 muestras, con un máximo en el mes de junio (725) y un mínimo en el mes de enero (251).

TABLA 5.43. LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA. DISTRIBUCIÓN DE MUESTRAS ANALIZADAS SEGÚN PRODUCTOS. 2005

	2004		2005	
	Nº	%	Nº	%
ALIMENTOS	1.763	27,3	2.298	37,4
Carnes, aves, caza, etc.	634	9,8	840	13,7
Pescados, mariscos, etc.	162	2,5	123	2,0
Huevos y derivados	70	1,1	35	0,6
Leche y productos lácteos	420	6,5	212	3,5
Aceites y grasas	34	0,5	20	0,3
Harinas y derivados de cereales	89	1,4	114	1,9
Hortalizas y derivados	132	2,0	210	3,4
Platos preparados	167	2,6	685	11,2
Varios	55	0,9	59	1,0
AGUAS Y HIELOS	3.643	56,4	3.200	52,1
MUESTRAS AMBIENTALES	44	0,7	26	0,4
OTRAS MUESTRAS	1.013	15,7	619	10,1
Muestras biológicas	175	2,7	281	4,6
Piensos, fertilizantes, plaguicidas	210	3,2	122	2,0
Productos químicos y farmacéuticos	3	0,0	5	0,1
Control de calidad	408	6,3	169	2,8
Identificación microorganismos	1	0,0	33	0,5
Varios	216	3,3	9	0,1